This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Dr A. CARTAZ
Secrétaire
de la rédaction.

Dr H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARBE, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), BROCA, R. CALMETTES, CAMPENON, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, DELBET, DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, DUFLOCQ, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAUDEAU, GRANCHER, HACHE, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, DE LAPERSONNE, LEFLAIVE, LELOIR, H. LEROUX, LION, LUBET-BARBON, LUC, LYON, MATHIEU, MAUBRAC, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, ŒTTINGER, OZENNE, PARISOT, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, PRENANT, REMY, J. RENAUT, RETTERER, RICHARDIÈRE, RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, SIREDEY, F. TERRIER, THIBIERGE, THOMAS, TISSIER, WALTHER, WINTER.

DIX-HUITIÈME ANNÉE

TOME XXXVI

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1890

CATALOGUED,
M. J.
Feb. 9. 1861.

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXXVI

ANATOMIE.

Traité, *Testut*, 1. — Nerfs optiques, *Singer*, *Münzer*, 2. — Sac dural, *Wagner;* organes du cou, *Delitzin*, 3. — Espace sus-sternal, *Taguchi;* épiderme, *Herxheimer*, 4. — Tissu corné, *Blaschko;* pigment, *Maas*, 5. — Cartilage, *Stricht*, 6. — Cellule, *Platner*, 7. — Œsophage, *Strahl*, 9. — Estomac, *Eisler;* cloison thoraco-abdominale, *Ravn*, 10. — Testicule, *Hermann*, 11. — Enveloppes ovulaires, *Bonnet;* lymphatiques génitaux, *Zeissl*, *Horowitz*, 13. — Placenta, *Waldeyer*, *Keibel*, *Bumm*, *Gottschalk*, *Nusbaum*, *Lieberkuhn*, *Strahl*, *Heinricius*, 14; *Bloch*, 21. — Embryologie, *Kollmann*, 21. — Tête, *Dohrn*, 22. — Mésoderme, *Rabl*, 23. — Graisse des cellules, *Metzner*, 24. — Technique, *Kuhn*, *Dogiel*, *Küpfer*, 25; *Baginsky*, *Vassale*, *Flechsig*, 26; *Greppin*, 27.

PHYSIOLOGIE.

Sens du goût, *Ohrwall*, 28. — Galvanisation de la moelle, *Trucchi;* ablation du cerveau, *Fasola*, 29. — Indice de réfraction du cylindraxe, *Gross;* section des vagues, *Arthaud*, *Butte;* trou de Botal, *Firket*, 30. — Mouvements du cœur, *Kirsch;* circulation artérielle, *Schulmann;* centres vaso-moteurs, *Burckhardt*, 31. — Composition du sang, *Kruger*, 32. — Oxyhémoglobine, *Hufner;* pouls, *Frey*, *Krehl*, 33. — Electro-physiologie, *Weiss;* résistrance électrique du corps, *Silva*, *Pescarolo*, 34. — Physiologie du muscle, *Danilewski*, *Mosso*, 35; *Fick*, *Heubel*, *Werther*, *Böhm*, 36 — Orientation, *Lœb*, 37. — Formation de la lymphe, *Heidenhain;* ferments coagulateurs, *Fick;* excrétions de substances amidées, *Schultze*, 38. — Echanges gazeux, *Lœwy;* sécrétions intestinales, *Hermann;* glycogénie, *Prausnitz*, 39. — Ferment du foie, *Kaufmann;* nutrition du foie, *Arthaud*, *Butte*, 40. — Ferments, *Schipiloff;* absorption des graisses, *Arnschink*, 41; *Krehl*, 42. — Action des savons, *Munk*, 42. — Diurèse par les sucres, *Dastre;* forme de la cornée, *Leroy;* mouvements du diaphragme, *Hult Krantz*, 43. — Température, *Lœwy*, 44.

CHIMIE MÉDICALE.

Échanges nutritifs, *Klemperer*, 44. — Albumoses, *Neumeister;* neurokératine, *Kuhne*, *Chittenden*, 45. — Albumine de l'œuf, *Hofmeister;* oxyhémoglobine, *Mayet;* digestibilité du lait, *Raudnitz*, 46. — Acide nitreux dans la salive, *Wurster*, *Ilosva*, *Hardy;* fer dans la bile, *Novi*, 47. — Fer dans l'organisme, *Schneider;* suc gastrique et fermentation acétique, *Cohn*, 48. — Liquide amniotique, *Kœttnitz;* cendres des rachitiques, *Voit;* sucre du cerveau, *Thierfelder*, 49. — Matières colorantes de la bile, *Haycraft*, *Scofield*, 50. — Cystinurie, *Mester;* bacille typhique dans l'urine, *Neumann*, 51. — Urine typhique, *Weill*, *Roque;* benzamide dans l'urine, *Cohn;* urine de l'anémie, *Hunter*, 52. — Dosage du sucre dans l'urine, *Guttmann*, *Hirschfeld*, 53; *Mendelson*, *Geyer*, 45; *Hirschl*, 55. — Recherche du mercure, *Ludwig;* tyrosine éthylée, *Cohn*, 56.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Encéphalite, *Friedmann*, 57. — Ablation du cerveau, *Goltz;* ablation de la thyroïde, *Michaelsen*, 58. — Ileus, *Kirstein;* diabète, *Mehring;* température vespérale, *Maurel*, 59. — Air expiré, *Lipari*, *Crisafulli*, 60. — Maladies microbiennes, *Cabadé;* transformisme des microbes, *Chauveau*, 60. — Alimentation des bacilles, *Wignal;* sucrase, *Fernbach*, 61. — Suppuration, *Nathan;* microbe pyocyanique, *Gessard;* désinfection du catgut, *Döderslein;* érysipèle, *Feilchenfeld*, 63. — Péritonite, *Orth*, *Pawlowsky*, 63; *Laruelle*, *Fraenkel*, *Predohl*, 64. — Tuberculose, *Bollinger*, 65. — Fièvre typhoïde, *Mya*, *Belfanti;* paludisme, *Gualdi*, *Antolisei*, *Golgi*, 67. — Diphtérie, *d'Espine*, *de Marignac*, 68. — Rage, *Perdrix*, 90; *Roux*, *Nocard*, *Bombicci*, 71. — Charbon, *Buchner*, 72; *Roux*, *Metchnikoff*, 73. — Choléra, *Sirena*, 73. — Morve, *Gamaleia;* tétanos, *Bossano*, *Steullet*, *Sormani*, 74. — Fièvre jaune, *Stub;* purpura, *Letzerich*, *Tizzoni*, *Giovannini*.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Alcaloïdes, *Gay;* sels de potassium, *Laborde*, 76. — Salicylates, *Charteris;* acide salicylique, *Livon;* chlorates, *Falk*, 77. — Acide sulforicinique, *Ruault*, *Berliox;* zinc, *Helpup;* chloralamide, *Reichmann*, *Peiper*, *Robinson*, 78. — Pyrodine, *Simon*, 79. — Paramonochloracétanilide, *Chirone;* orthine, *Kobert*, *Unverricht*, 80. — Narcotiques et échanges azotés, *Salkowski;* seigle ergoté, *Gruenfeld*, 81. — Caféine, *Parisot*, *Sée*, *Lapicque*, 82. — Tannin, *Lange;* digitale, *Bardet;* kola, *Heckel*, 83. — Ouabaïne, *Panas*, 84. — Empoisonnements par : l'antifébrine, *Maréchaux;* la santonine, *Cramer*, 84; par la gasoline, *Biller;* par le chlorate, *Lubarsch*, 85; par l'oxyde de carbone, *Jacoby*, *Rokitansky;* par le bichromate, *Klirnesch*, 86; par les ptomaïnes, *Marsh;* par le tyrotoxicon, *Cammann*, 87.

THÉRAPEUTIQUE.

Leçons, *Hayem*, 87; *Semmola*, 88. — Pneumothorax, *Leyden*, *Guttmann*, *Krieger*, 89. — Inhalations d'air chaud, *Leubuscher;* injections de créosote, *Polyak*, 90. — Air comprimé, *Solis-Cohen;* salicylate dans la lithiase biliaire, *Stiller;* hémorragie et salicylate, *Linhart*, 91. — Traitement de l'érysipèle, *Ullmann*, *Rosenthal*, 92; *Wölfler*, *Weber*, 93. — Cocaïne et diabète, *Olives;* antipyrine et diabète, *Opitz*, 93. — Cocaïne et fièvre jaune, *Thorington;* injections de quinine, *Baccelli;* écorce de panbotano, *Valude;* traitement de la variole, *Talamon*, 94. — Traitement de la néphrite, *de Renzi;* sucre de lait diurétique, *Niesel*, 95. — Diphtérie, *Schendel;* sulfonal, *Smith*, *Suntherland*, *Bond*, 96; *Jeffries*, 97. — Hypnal, *Bardet;* alcaloïdes de l'huile de morue, *Gautier*, *Mourgues;* incontinence d'urine, *Perret*, *Devic*, 97. — Résorcine, *Andeer*. — Phosphore et rachitisme, *Mandelstamm;* hyoscine, *Colman*, *Taylor;* suspension dans l'ataxie, *Haushalter*, *Adam*, 98. — Injections d'eau salée, *Weber*, *Haffter*, 99.

HYGIÈNE.

Nappes d'eau souterraine, *de Blasi;* filtration des eaux, *Bertschinger*, 100; *Fraenkel*, 101. — Phtisie dans les latitudes boréales, *Wykowski*, 101. — Aération permanente, *Onimus*, 102; *Nicaise*, 103. — Prophylaxie de la tuberculose, 103. — Air des cimetières, *de Blasi*, *Travali*, 103. — Vaccine, *Hervieux*, *Leloir*, 104; *Peiper*, 105. — Lait bouilli, *Laurent;* effets de la fumée de tabac sur les viandes, *Bourrier*, 105. — Plâtrage des vins, *de Girard;* acidification des vins, *Roos*, *Coreil*, 106. — Microbes des légumes, *Fazio;* vidanges, *Rost*, 107. — Cancer en Normandie, *Arnaudet*, 108. — Ouvriers des grands chantiers, *Poupon*, 109. — Eczéma des galvaniseurs, *Blaschko;* ostéites des nacriers, *Levy*, 110.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Dictionnaire, *Maxwell*, 112. — Traités, *Van Lair*, *Maurel*, 113. — Tuberculose, *Grancher*, 114. — Maladies du système nerveux, *Rieder*, *Leube*, *Futterer*, *du Cazal*, 116; *Chabrely*, *Bitot*, *Dubreuilh*, *Nabias*, *Leroy*, *Bruns*, *Shilling*, *Castan*, 117; *Bramann*, 118; *Déjerine*, *Rumpf*, *Oppenheim*, *Ladame*, 119; *Garel*, *Strumpell*, *Soutoul*, *Lusch*, *Ferroud*, *Gilles de la Tourette*, *Ziemssen*, *Dutil*, *Pitres*, 121; *Mesnet*, *Féré*, *Lamy*, *de la Tourette*, *Cathelineau*, 124; *Chantemesse*, *Widal*, *Ferrand*, 125. — Maladies du système circulatoire, *Girode*, *Rindfleisch*, *Renaut*, *Heuverswyn*, *Einhorn*, *Adler*, *Stern*, *Kisch*, 126; *Lion*, 129; *Nicolle*, *Hayem*, 130; *Hœsslin*, *Proby*, *Huels*, 131; *Noorden*, *Cohen*, *Westphal*, *Senator*, 134. — Pneumonie, *Riesell*; *Schaeffer*, 135; *Mosny*, 136. — Emphysème, *Shelswell*, 136. — Maladies de l'appareil digestif, *Ferrannini*, *Kartulis*, *Pilliet*, *Buss*, *Dœrfler*, *Windscheid*, *Goldenhorn*, *Weiss*, *Stirl*, *Tymowski*, 137; *Litten*, *Fawitzky*, *Pecoraro*, *Grilli*, *Leyden*, *Lafon*, 141; *Hanot*, *Gilbert*, *Legry*, 144; *Musser*, 145. — Maladies du rein, *Kompe*, *Hœsslin*, *Renaut*, *Klemperer*, *Albarran*, 146. — Tuméfaction de la rate, *Fichtner*, 148.—Diabète, 148; *Edgren*, *Lancereaux*, *Bouisson*, *Stadelmann*, 149. — Fièvre typhoïde, *Rennert*, 150; *Barié*, *Ballet*, *Séglas*, 151. — Charbon, *Bouisson*, 152. — Paludisme, *Cristiani;* stomatite, *Barié*, 152. — Migraine, *Neftel;* maladie de Thomsen, *Grenier*, *Erb*, 153. — Myosite, *Plohn;* cancer, *Muller*, 154; *Troisier*, 155. — Myélome, *Kahler;* rhumatisme, *Gerhardt*, 156.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Salpingites, *Mordret*, 157. — Adénite, *Terrier*, 158. — Déviations utérines, *Frommel*, 158; *Schücking*, *Tampke*, 159; *Duplay*, *Chaput*, *Debayle*, 160. — Ménorragie, *Stark*; vaginisme, *Lomer*, 161. — Massage, *Arendt*, 162. — Kystes ovariques, *Conzette*, *Buffet*, 165. — *Mouls*, 166. — Laparotomies, *Lebedeff*, 166; *Mann*, 167. — Fibromes utérins, *Championnière*, *Danion*, 167. — Cancer utérin, *Blagovetschenky*, 168; *Ullmann*, 169. — Respiration du fœtus, *Glœckner*, *Schultze*, 169. — Leucocytose, *Mochnatscheff*; dilatation de l'utérus, *Dührssen*, 170. — Rupture des membranes, *Eisenhart*, 171. — Hydramnios, *Kruse*; rétention placentaire, *Chaput*, *Cohnstein*, 172. — Rupture utérine, *Reed*; dystocie, *Lochlein*, *Gueniot*, 173. — Rétention fœtale, *Herrgott*; lésions fœtales, *Heydrich*, *Meyer*, 174. — Forceps, *Munchmeyer*; ostéomalacie, *Zweifel*, *Fehling*, 175. — Opération césarienne, *Harris*, 176. — Grossesse extra-utérine, *Kaltenbach*, *Mundé*, *Tuttle*, 177; *Maclean*, *Mac Murtry*, *Fernwald*, *Spoeth*, *Brothers*, 178; *Lusk*, *Wyder*, *Polaillon*, 181. — Antisepsie, *Budin*, 182; *Schaeffer*, 183.

MALADIES DES ENFANTS.

Rubéole, *Arnozan*, *Juhel-Rénoy*, *Talamon*, 184. — Fièvre aphteuse, *Weissenberg*, 185. — Erysipèle, *Leibert*; pneumonie, *Viti*, *Neumann*; rétrécissement mitral, *Samsom*, 186. — Grippe, *Sevestre*; Noma, *Grawitz*, 187. — Fièvre typhoïde, *Hutinel*, *Gimard*; pyométrite, *Rheinstädter*, 188. — Melæna, *Muller*, *Homen*, *Bourrus*, *Vaton*, *Pomoroki*, 189. — Gastro-entérite, *Escherisch*; tumeur du mastoïdien, *Clutton*, 190. — Angiome, *Redard*; sarcome de l'aine, *Ruyter*; hypertrophie du membre, *Duplouy*, 191. — Absence du rectum, *Boyd*; étroitesse du prépuce, *Smith*, 192. — Néphrectomie, *Deletrez*, *Kaufmann*, 193

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Cicatrices, *Ottolenghi*; chéloïde, *Vidal*, *Leloir*, 195. — Adénome, *Pringle*; acné, *Barthélemy*; verrue, *Kuhnemann*, 196. — Vergetures, *Vasiliu*, 197. — Fibromes, *Bergmann*; sclérodermie, *Gibert*, 198. — Tuberculose, *Sevestre*, *Tardivel*; lupus, *Schultz*; eczéma, *Barduzzi*, *Cerasi*, 199. — Urticaire, *Doutrelepont*, *Renaut*; pemphigus, *Hallopeau*, 200; *Faber*, 201. — Pityriasis, *Trautvetter*; lichen, *Hebra*, 201. — Prurigo, *Kromayer*; mycosis, *Stoukowenkoff*, *Philippson*; épidermophyton, *Ries*, 202. — Psoriasis, *de Molènes*; éléphantiasis, *Waitz*; zona, *de Luca*, *Brocq*, 203. — Teignes, *Campana*, *Fabry*, *Quinquaud*, *Unna*, *Archambault*, 204. — Kératose pilaire, *Brocq*, 206. — Ulcère du Tonkin, *Boinet*, 207. — Exanthèmes, *Burlureaux*, *Merkel*, *Quinquaud*, 208. — Syphilis héréditaire, *Hochsinger*, *Hudelo*, 209. — Syphilis tertiaire, *Fournier*, 210. — Syphilis nerveuse, *Gilbert*, *Lion*, *Hess*, *Mauriac*, 211. — Syphilis vasculaire, *Obolensky*, *Buchwald*, 212; *Mauriac*, 213. — Atrophie linguale, *Mauriac*; syphilide lupoïde, *Fournier*, 214. — Dilatation de l'estomac, *Jullien*; syphilis rectale, *Schuchardt*, 215. — Syphilis utérine, *de Luca*; stérilité par syphilis, *Casper*, 216. — Prophylaxie, *Barthélemy*, 217. — Traitement, *Quinquaud*, *Mandry*, *Augagneur*, 218. — Chancre mou, *Petzold*, *Humbert*, *Ducrey*, 219; *Petersen*, 220. — Blennorragie, *Eraud*, 220; *Oberländer*, *Orval*, *Giraud*, 221.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Contagiosité des névroses, *Herzog*; folie à Paris, *Garnier*, 222. — Chorée et folie, *Diller*, 223. — Scoliose et névropathie, *Landois*; hallucinations, *Tamburini*; troubles dans la maladie de Basedow, *Bœdeker*, 224. — Etat mental des apoplectiques, *Ferrière*; épilepsie, *Mairet*, *Heimann*, 225; *Hallager*, *Keen*, 226. — Raréfaction des fibres du cervelet, *Meyer*, 226. — Paralysie générale, *Régnier*, 227; *Régis*, *Ascher*, *Féré*, 228; *Wiglesworth*; 229. — Acétonurie et peur, *Marro*; troubles psychiques dans le myxœdème, *Mackenzie*, 229. — Idiote épileptique, *Zacher*; morphinisme, *Pichon*, 230. — Massage chez les aliénés, *Savage*, 231.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traité, *Duplay*, *Reclus*, 231. — Bactériologie, *Senn*, 232. — Anesthésie, *Hyderabab*, *Kappeler*, *Comte*, *Silex*, *Haffter*, 233; *Eschricht*, 239. — Hémostase, *Murdock*, 239. — Pansement, *Lister*; lésions du crâne, *Rodenstein*, *Sänger*, *Sick*, *Peterson*, 240; *Pousson*, 241; *Heidenhain*, *Decressac*, 242; tumeurs du cuir chevelu, *Terrier*, 242. — Lésions des nerfs, *Abbe*, *Oiry*, 243; *Clarke*, *Barlow*, 244. — Corps thyroïde, *Solis-Cohen*, *Ingals*, *Mosetig-Moorhof*, 244. — Lithiase salivaire, *Berger*; périodontite, *Richer*, 246. — Maladies de l'estomac et de l'œsophage, *Nicaise*, *Kirmisson*, *Le Dentu*, *Le Fort*, *Sick*, *Girard*, 247. — Lésions du foie, *Chauvel*, *Senger*, *Wölfler*, *Langenbuch*, *Helferich*, 249; *Israel*, *Kocher*, *Lauenstein*, *Hochenegg*, 251. — Gastrostomie, *Clark*, 252. — Gastro-entérostomie, *Roux*, *Pozzi*, 253. — Abcès diaphragmatique, *Mason*; tumeurs du cæcum, *Suchier*, 254. — Abcès rétropéritonéal, *Leyden*; rupture du duodénum, *Viti*; péritonite, *Bumm*, *Coats*, 255; *Wyder*, *Loehlein*, *Kummel*, 256; *Maurin*, 257. — Appendicite, *Senn*, *Schuller*, 258. — Résection de l'intestin, *Czerny*; laparotomies, *Morton*, 259. — Drainage abdominal, *Penrose*; hernie étranglée, *Jeannel*, 260. — Injections gazeuses, *Dalton*; anus contre nature, *Chaput*, *Richelot*, 261. — Plaies par empalement, 262. — Kyste maxillaire, *Tapie*; lymphadénome, *Psalidas*, 264.—Actinomycose, *Albert*, 265. — Adénite, *Kloman*, *Milton*; fractures, *Austrie*, *Maubrac*, *Chavière*, *Rehn*, *Jonnesco*, *Meyer*, 266; *Dennis*, 268. — Sarcomes des os, *Krause*, 269.— Greffe osseuse, *Ollier*, 270; *Gill*, *Wolff*, 271. — Luxation du rachis, *Acheson*, 271. — Luxations, *Wolff*, *Wirz*, 272; *Nélaton*, 273.—Pied bot, *Defontaine*, 273. — Flexion des doigts, *Delbet*; traumatisme du rein, *Tuffier*, 274.

OPHTALMOLOGIE.

Sens des couleurs, *Hess*, 275. — Cécité des couleurs, *Hering*; accommodation, *Halsch*, *Pereles*; myopie, *Schmidt-Rimpler*, 277; *Motais*, 278.— Strabisme, *Motais*, 278.— Eléphantiasis palpébral, *Duyse*, *Liebrecht*; ptosis, *Fuchs*, 279. — Entropion, *Goldzieher*; trachome, *Noiszenski*; dacryocystite, *Hirschberg*; kératite, *Makrocki*, 280. — Kératite interstitielle, *Pfister*; cicatrices cornéennes, *Dimmer*; kyste cornéen, *Borel*; herpès cornéen, *Decker*, 281. — Réaction pupillaire, *Burchardt*; iridotomie, *Fischer*; tuberculose de la choroïde, *Dinkler*, 282. — Rétinite, *Scheich*, *Probsting*, *Dolard*, *Hutchinson*, 283. — Décollement rétinien, *Abadie*; glaucome, *Nicati*; abcès du corps vitré, *Wagenmann*, 284. — Lupus de l'œil, *Trousseau*; ophtalmie sympathique, *Abadie*, 285. — Paralysie du moteur oculaire, *Pel*, 286. — Cysticerque de l'œil, *Schrœder*; restauration de l'orbite, *Kuster*, 287. — Enucléation, *de Wecker*; antiseptiques oculaires, *Eversbusch*, 288; *Kroll*, 289.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Angine, *Maurin*, *Ingals*, 289; *Gouguenheim*, 290. — Corps étrangers de la gorge, *Thornez*; papillome du voile, *Chipault*, 290. — Cancer du pharynx, *Fraenkel*, *Rosenberg*, 291. — Verrues des fosses nasales, *Ingals*; rhinosclérome, *Paltauf*; déviations du nez, *Rosenthal*, 292. — Scoliose et obstruction nasale, *Redard*; ozène, *Marano*; maladies du larynx, *Moure*, 293. — Centre cortical laryngé, *Garel*, *Dor*, 294. — Paralysies laryngées, *Bosworth*; aphonie spastique, *Meyer*, 295. — Lupus du larynx, *Garré*; tuberculose du larynx, *Kidd*, *Didier*, 296; *Knight*, 297. — Œdème laryngé, *Langmaid*; rétrécissement trachéal, *Landgraf*, *Gerhardt*, *Lublinski*, *Heymann*, 297. — Cancer du larynx, *Fraenkel*, 298. — Transformation des tumeurs du larynx, *Semon*, 299. — Corps étrangers du larynx, *Muller*; laryngectomie, *Fowler*, 300. — Trachéotomie, *Charazac*, *Raulin*, 301; *Cassaet*, 302. — Otites et cholésteatomes, *Habermann*, 302.

REVUE GÉNÉRALE.

La grippe en 1889-90, *Lyon*, 303.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 325.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXXVI

ANATOMIE.

Cerveau, *Oyarzun*, 401. — Moelle, *Kölliker;* sympathique, *Smirnow*, 402. — Nerfs de la main, *Zander*, 403. — Nerf oculo-moteur, *Schiller;* nerfs urinaires, *Guinard, Duprat*, 404. — Sang, *Halliburton, Friend*, 404; *Müller*, 405. — Tissu conjonctif, *Lwoff*, 407. — Histologie, *Rabl*, 408. — Muscles, *Rollett;* clasmatocytes, *Ranvier*, 410. — Segments mésodermiques, *Wyhe*, 412. — Corde dorsale, *Keibel*, 415. — Embryon, *Phisalix*, 416. — Os, *Zachariades;* moelle des os, *Bizzozero*, 417. — Crâne membraneux, *Champeil*, 419. — Fossette pharyngienne, *Romiti*. clavicule, *Poirier*, 420. — Fibres épidermiques, *Kromayer*, *Heitzmann*, 421. — Pharynx, *Poelchen;* larynx, *Kanthack*, *Taguchi*, 422, 423. — Oreille, *Barth*, 423. — Rétine, *Chievitz*, 424. — Veines de l'avant-bras, *Bertelli;* glandes digestives, *Bizzozero*, 425. — Foie, *Shore, Jones*, 426. — Lymphatiques génitaux, *Zeissl*, *Horowitz*, *Poirier*, 427. — Région ano-génitale, *Retterer*, 428. — Vessie, *Dogiel*, 429. — Placenta, *Duval*, 430.

PHYSIOLOGIE.

Circulation cérébrale, *Roy, Sherrington*, 431. — Fibres commissurales, *Stefani*, 432. — Section du corps calleux, *Koranyi;* excitation du système nerveux, *Novi;* température des nerfs, *Rolleston*, 433. — Réflexe patellaire, *Lombard, Bowditch, Warren*, 434. — Physiologie du cœur, *Stefani, Gallerani*, 434; *Pease, Johannsen, Tigerstedt*, 435, 436; *Mac William*, 436; *Kasem-Bek, Knoll, Frey, Krehl*, 437; *Fredericq, Contejean*, 438. — Coagulation du sang, *Wooldridge*, 438. — Respiration, *Bohr;* rigidité cadavérique, *Brown-Séquard*, 439. — Chaleur animale, *Berthelot, André*, 440. — Digestion, *Lea, Fick*, 441; *Ellenberger, Hofmeister*, 442; *Rosenheim*, 443. — Suc intestinal, *Bastanielli;* absorption intestinale, *Munk, Rosenstein*, 443. — Résorption de la graisse, *Walther, Minkowski, Abelmann*, 444. — Sécrétion biliaire, *Copeman, Winston;* sécrétion salivaire, *Langley*, 445. — Physiologie du larynx, *Beregszaszy*, 446; *Semon, Horsley, Krause*, 447; *Pipping*, 448. — Physiologie de la trachée, *Nicaise*, 448. — Muqueuse nasale, *Franck;* iris, *Steinach*, 449. — Nerfs glandulaires, *Bradford;* sensibilité de l'urètre, *Guyon;* circulation rénale, *Bradford*, 450. — Sensibilité des articulations, *Goldscheider;* perspiration, *Peiper*, 451. — Sueur, *Argutinsky*, 452.

CHIMIE MÉDICALE.

Décomposition de l'albumine, *Therry*, 452. — Urines albuminuriques, *Paton*, *Douglas*, *Mackenzie;* oxyhémoglobine, *Fredericq*, 453. — Matière colorante du sang, *Jaquet*, *Araki*, 454. — Liquide céphalo-rachidien, *Halliburton*, 455. — Ferment de la fibrine, *Bonne;* action des ferments non figurés, *de Jager;* échanges matériels dans l'ictère, *Pott*, 456. — Urobiline, *Mac-Munn;* albumine des exsudats, *Citron;* urine de la pneumonie, *Roger*, *Gaume*, 457. — Diazoréaction, *Ruetimeyer;* uréthane dans l'urine, *Jaffé*, 458. — Chimie de l'urine, *Taniguti*, 459. — Elimination de l'iodure, *Ehlers;* des acides éthers dans l'intestin, *Baas*, 460.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Névrites, *Adamkiewicz*, *Arndt*, 461. — Faisceau anormal de la moelle, *Pick;* anémie pernicieuse, *Lichtheim*, *Minnich*, 462. — Maladie de Friedreich, *Blocq*, *Marinesco*, 463. — Nerfs spermatiques des ataxiques, *Bitot*, *Sabrazés;* atrophies des arthrites, *Raymond*, 464. — Cellules cardiopathiques, *Hoffmann;* muqueuse stomacale pathologique, *Stintzing*, 465. — Néphrites scarlatineuses, *Litten*, 466. — Curabilité de la phtisie, *Harris*, 468. — Siège des cancers, *Andrews;* carcinomes lymphatiques, *Zehnder*, 469. — Carcinomes épithéliaux, *Hansemann;* kératinisation des muqueuses, *Posner*, 470. — Métastases des sarcomes, *Zenker;* cancer de l'œsophage, *Bischof*, 471. — Tuberculose intestinale, *Darier;* cirrhose parasitaire, *Zwardemaker;* psorospermies, *Sutton*, *Delépine*, 472. — Epanchements chyleux, *Renvers*, *Busey*, 473. — Moelle rouge, *Neumann;* ostéite déformante, *Stilling*, 475. — Atrophie du crâne, *Rossbach;* cartilage branchial, *Poirier*, *Retterer*, 476. — Malformations, *Guéniot*, *Tangl*, 477.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Inflammations par anémie, *Samuel*, 477. — Déformations des globules du sang, *Talamon*, 478. — Epithélium de la cornée, *Peters;* occlusion de l'aorte, *Colson*, 479. — Œdème pulmonaire, *Grossmann*, 480. — Hypertrophie compensatrice des glandes, *Ribbert*, *Stilling*, 481. — Intoxication rénale, *Lépine;* toxicité des tumeurs, *Adamkiewicz;* péritonite, *Waterhouse*, 482. — Poisons des bactéries, *Brieger*, *Fraenkel*, 483. — Elimination des poisons, *Bouchard*, 484. — Ptomaïne, *Griffiths;* action des sucs digestifs sur les bactéries, *Leubuscher*, 485. — Tuberculose, *Bluesener*, 485; *Winternitz*, *Héricourt*, *Richet*, 486; *Gebhardt*, *Ebstein*, *Nicolaiev*, 487. — Diphtérie, *Babes*, *Ruffer*, 488. — Rougeole, *Lubarsch;* bacille pyocyanique, *Gessard;* charbon, *Arloing*, 489. — Charbon, *Hankin;* fièvre puerpérale, *Smith*, 490. — Actinomycose, *Wolff*, *Israel;* morve, *Babes*, 491. — Bacilles dans les hernies étranglées, *Bönnecken*, 492.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Anesthésiques. *Dastre*, 492; *Kunkel*, 493. — Curare, *Nikolski*, *Dogiel*, 493. — Strychnine, *Schlick*; jambul, *Egasse*; théobromine, *Pomerantz*, 494. — Sureau, *Lemoine*; hydrastine, *Falk*, 495. — Phloridzine, *Moritz*, *Prausnitz*, 495. — Exalgine et méthacétine, *Heinz*, *Filehne*, 497; *Seidler*, 498. — Thalline, *Robin*; orexine, *Penzoldt*, 498. — Saccharine, *Salkowski*, 499. — Créoline, *Mugdan*; sulfonal, *Gordon*; ferrocyanure de potassium, *Combemale*, *Dubiquet*, 500. — Piturl et nicotine, *Langley*, 501. — Acide sulfocyanhydrique, *Colasanti*; hydrogène arsénié, *Joly*, *de Nabias*; acide borique, *Lemoine*, 502. — Empoisonnements : par l'exalgine, *Bokenham*, *Jones*, *Semple*; par le plomb, *Eichhorst*, 503; *de Renzi*, 504; par le sublimé, *Klemperer*, 504.

THÉRAPEUTIQUE.

Antisepsie, *Grancher*; absorption par les bains, *Keller*, 505. — Antipyrèse, *Riess*, 506. — Traitement de la pneumonie, *Lees*; de la diphtérie, *Kohl*, 507. — Opium et urémie, *Haig*; salicylate et chorée, *Dresch*, 508. — Phénacétine dans le rhumatisme, *Rifat*; électropuncture des anévrismes, *Spillmann*, *Haushalter*; traitement du diabète, *Naunyn*, 509. — Inhalations dans la phtisie, *Harris*, 510. — Huile comme cholagogue, *Rosenberg*; suspension dans l'ataxie, *Russell*, *Taylor*, *Cagney*, 511.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux, *Pitt*, *Pope*, *White*, 512; *Eisenlohr*, *Berkley*, *Pilliet*, *Delépine*, *Rossolimo*, *Jackson*, *Beevor*, 513; *Finny*, *Taylor*, *Eisenlohr*, *Russell*, *Macdonald*, *Wollenberg*, 516; *Strümpell*, *Adenot*, 518; *Rumpf*, 519; *Bastian*, *Bowlby*, *Macewen*, *Carter*, *de Renzi*, 520; *Bruhl*, *Berkley*, *Holschewnikoff*, *Recklinghausen*, 522; *Schmaus*, *Bullen*, *Ormerod*, 523; *Buzzard*, *Edge*, *Moebius*, *Cahen*, 524; *Trevelyan*, *Personali*, *Stephan*, 525. — Acromégalie, *Souzaleite*, 527. — Hystérie, *Grasset*, *Gilbert*, *Proust*, *Gilles de la Tourette*, *Cathelineau*, *Bouchard*, *Athanassio*, *Buzzard*, 527; *Bristowe*, 528. — Chorée, *Herringham*, *Garrod*, *Dana*, *Raymond*, 530. — Tic, *Cadiot*, *Roger*, *Gilbert*, 531. — Atrophie musculaire, *Gee*, *Tooth*, *Pachs*, *Deroche*, 532. — Maladies du cœur et des vaisseaux, *Ziemssen*, *West*, *Riegel*, *Mann*, 534; *Huchard*, *Battle*, *Duponchel*, 536. — Maladies du poumon, *Townsend*, *Coleridge*, *Parisot*, *Testi*, *Carrasco*, 537; *Clark*, *Ewart*, 538; *Troisier*, *Netter*, *Laveran*, *Letulle*, *White*, *Hadden*, 539. — Maladies de l'estomac, *Cuffer*, *Lenhartz*, *Jaksch*, *Johannesen*, *Herzog*, *Ewald*, *Barton*, *Boas*, *Laker*, 542; *Ely*, 543; *Lyon*, 548; *Coutaret*, 549. — Hématimétrie, *Marestang*; leucocytose, *Limbeck*, 550. — Hyperther-

mie, *Glaser*, *Lorentzen*, 552. — Nécrose graisseuse, *Fraenkel*; albuminurie, *Goodhart*, *Leyden*, *Féréol*, *Duclos*, *Chabrely*, *Pernice*, 553. — Maladie d'Addison, *Lancereaux*; urobilinurie, *Hayem*, 556. — Pneumaturie, *Mueller*, 557. — Morphinomanie, *Huchard*; fièvre climatique, *Sézary*; variole, *Huchard*, 558.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Hémorragies de l'ovaire, *Rollin*; épithéliomas de l'ovaire, *Hadjès*, 559; *Jones*, 560. — Kyste de l'ovaire, *Briddon*; cancer de l'ovaire, *Thiriar*; kystes du mésentère, *Rasch*, *Wells*, 561. — Tuberculose péritonéale, *Gardner*; hystéropexie, *Baudouin*, 562. — Kystes du vagin, *Santoni*; hémorragie utérine, *Miller*, 563. — Icthyol en gynécologie, *Freund*; hydrastine, *Falk*, 564. — Endométrites, *Péan*, *Bouilly*, *Polaillon*, *Reynier*, 565. — Traitement des fibromes, *Championnière*, *Fehling*, 567; *Julliard*, 568. — Vitalité des nouveau-nés, *Holowko*, 568. — Présentation de l'oreille, *Garrigues*; bassin rétréci, *Charles*; présentation du siège, *Mantel*, 569. — Forceps, *Remy*; délivrance, *Valentin*; avortement dans la phtisie, *Duncan*, 570. — Avortement retardé, *Balin*; rupture utérine, *Thévard*, 571. — Opérations césariennes, *Fritsch*, *Harris*, 572; *Tait*, 573. — Grossesses extra-utérines, *Olshausen*, 573. — Grossesse après la trachélorraphie, *Ducasse*, 576.

MALADIES DES ENFANTS.

Maladies de croissance, *Comby*, 576. — Achondroplasie, *Porak*; tumeurs du cerveau, *Starr*, 577; *Steven*, 578. — Abcès du cerveau, *Williamson*; poliomyélite, *Kirkham*, 578. — Paralysies infantiles, *Ashby*, *Sympson*, *Oliver*, *Squire*, 579. — Sténose aortique, *Hochsinger*; anémie, *Hayem*; hypertrophie du thymus, *Scheebe*, 580. — Asthme, *Mesnard*; dyspepsie, *Moncorvo*; fièvre glandulaire, *Pfeiffer*, *Heubner*, 581. — Ictère, *Hayem*; tuberculose avec aspergillus, *Wheaton*, 582. — Varicelle, *Stainforth*; hémorragies intestinales, *Dussert*; kyste séreux, *Tarnier*, 583.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Erratum, 583. — Dermatite, *Blocq*, *Haushalter*, *Hallopeau*, *Feulard*, 584; *Quinquaud*, 585. — Maladie de Paget, *Hutchinson*, 585; *Wickham*, 586. — Impetigo, *Dubreuilh*, 586. — Eczéma, *Leloir*; pemphigus, *Mosler*, 587; *Crocker*, 588. — Zona, *Féré*; pityriasis, *Petrini*, *Babes*, 588. — Prurigo, *Lalesque*; psoriasis, *Campana*, *Bignone*; nodosités rhumatismales, *Bar*, 589. — Lupus lingual, *Leloir*; langue noire, *Wallerand*; gangrène de la peau,

Charmoy, 590. — Alopécie, *de Molènes ;* chéloïde, *de Amicis;* teigne, *Purdon*, 591. — Sclérodermie, *Thibierge*, *Robert;* pellagre, *Belmondo*, 592. — Traitement des verrues, *Ehrmann;* érysipèle, *Lavy ;* hérédo-syphilis, *Fournier*, 593. — Récidive des lésions syphilitiques, *Portalier;* syphilide pigmentaire, *Maieff*, 594. — Syphilis du poumon, *Raymond ;* pleurésie syphilitique, *Chantemesse*, *Widal ;* ataxie syphilitique, *Gaucher;* peptonurie dans la syphilis, *Raymond*, 595. — Polyurie syphilitique, *Lecorché*, *Talamon ;* inoculation du chancre, *Neumann*; iodol en pansement, *Szadek*, 596. — Injections mercurielles, 597. — Tolérance de l'iodure, *White ;* blennorragie, *Pellizzari*, *Baraban*, 598.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Psychoses menstruelles, *Icard ;* perception inconsciente, *Onanoff;* psychoses grippales, *Kraepelin*, 599. — Epilepsie, *Agostini*, 600 ; *Somers*, *Cullerre*, *Yamagiva*, *Stewart*, 601. — Psychoses et maladie de Basedow, *Renaut*, 601 ; *Ballet*, *Joffroy*, 602. — Katatonie, *Mickle*, 602. — Délire des grandeurs, *Marandon de Montyel ;* paralysie générale, *Christian*, *Shaw*, *Tuke*, *Smith*, 603; *Shaw*, *Cripps*, 604.

MÉDECINE LÉGALE

Congrès international, 605. — Anesthésie dans le sommeil, *Potter ;* suicide, *Socquet*, 607. — Submersion, *Fagerlund*, *Seydel*, 608; *Brouardel*, *Loye*, 609. — Putréfaction, *Russo-Giliberti*, 610. — Mort par brûlures, *Silbermann ;* diagnostic de la rage, *Paltauf*, 611. — Sang oxycarboné, *Cherbuliez;* infanticide, *Maschka*, *Heidenhain*, 612.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Pansement, *Dannheisser*, 614. — Fractures du crâne, *Korber*, *Warren*, *Ratimoff*, 615. — Microcéphalie, *Lannelongue;* tumeurs du crâne, *Poncet*, 617. — Trépanation, *Lampiasi*, *Williamson*, *Jones*, *Sheen*, *White*, *Lane*, *Parker*, *Keller*, *Ballance*, 618. — Encéphalocèle, *Berger*, 621. — Lésions du rachis, *Weigel*, *Gibney*, *Dwight*, *Lane*, *Wyeth*, *Vorster*, *Wiesmann*, 622; *Jaboulay*, *Abbe*, *Chipault*, 625; *de Ruyter*, 627; *Schüdel*, *Brissaud*, 628. — Lésions des nerfs, *Segond*, *Marchant*, *Annequin*, 629; *Etzold*, 631. — Suture des artères, *Jessinewski*, 631. — Anévrismes, *Rivington*, *Ehrmann*, *Leyden*, 632. — Nævi, *Hugues;* lymphangiome, *Nasse*, 633. — Goitre, *Trzebicky*, 634. — Lésions du foie, *Landerer*, *Kuemmell*, *Marriott*, *Robson*, *Blatmann*, 635; *Defontaine*, 637. — Affections gastro-intestinales, *Hahn*, *Terrier*, *Delagenière*, 637; *Nacker*, *Zesas*, *Schmitt*, *Hashi-*

moto, Grawitz, 638; *Stokes, Lauenstein, Tuholske, Clarke, Page*, 640; *Jessett*, 641; *Jalaguier, Berger, Reclus, Noguès*, 642; *Treves*, 643; *Porter, Milbank, Mynter, Duckworth, Langton, Clarke, Smith*, 644; *O'Callaghan, Taylor, Croft, Cripps*, 646; *Jonnesco*, 647; *Voizot, Russell, Penrose, Reclus, Verneuil, Clarot, Franck*, 648; *Kocher*, 649. — Maladies du rectum, *Lyot, Chamayou. Nélaton*, 652; *Routier, Lauenstein*, 654. — Affections des os et des articulations, *Thibierge, Thelen, Terrillon*, 655; *Falcoz, Porquier, Hennequin*, 656; *Lauenstein, Braquehaye*, 657; *Fischer*, 658; *Karewski*, 659; *Reboul, Neugebauer*, 662; *Riedel*, 663. — Pied bot, *Meyer, Wolff*, 663; *Berger, Nélaton, Jalaguier, Romicéanu, Pichaud, Kirmisson, Paulin*, 664. — Maladies des voies urinaires, *Desnos*, 666; *Tuffier, Robineau-Duclos*, 667; *Tuffier, Weir, Terrier, Malherbe, Thornton, Myrtle, Courvoisier*, 668; *Bureau*, 671; *Greiwer, Baudet*, 672; *Jackson, Passavant*, 673.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Angine, *Sevestre*, 674; amygdalotomie, *Desiré;* lupus de la gorge, *Moussous;* tumeur du palais, *Hoffmann*, 675. — Uranoplastie, *Salzer;* tumeurs adénoïdes, *Luc, Dubief, Cartaz*, 676. — Tumeurs du pharynx, *Richardson, Lublinski*, 677. — Lésions des sinus, *Hansberg*, 678; *Berger, Ruault*, 679. — Rhinoscopie, *Dorn;* rhinite, *Raulin;* kystes du nez, *Bramann*, 680. — Myome nasal, *Hess;* tuberculose nasale, *Michelson*, 681. — Abcès de la cloison, *Gouguenheim;* ulcère de la cloison, *Hajek;* opérations nasales, *Treitel*, 682. — Injections trachéales, *Botey;* trachéotomie, *Péraire;* fistules trachéales, *Berger*, 684. — Ossification trachéale, *Hammer;* laryngite, *Fraenkel*, 685; *Simpson, Oulmont*, 686. — Pachydermie laryngée, *Sommerbrodt*, 686; *Meyer*, 687. — Abcès du larynx, *Richards;* tuberculose, *Gouguenheim, Glover*, 689; *Rice, Jonquière*, 690. — Syphilis laryngée, *Cartaz*, 691; *Tissier*, 692. — Dysphonie, *Brissaud*, 692. — Centre cortical du larynx, *Rossbach;* tumeurs du larynx, *Ledderhose, Poel*, 693. — Paralysies, *Wagner;* cancer du larynx, *Schoetz*, 694; *Schmid, Landais, Strübing*, 695; *Périer*, 696. — Fissures de l'oreille, *Israel*, 696. — Surdi-mutité, *Schultze;* abcès cérébraux, suite d'otite, *Sheild, Cheyne, Milligan, Ware, Pitt, Lane, Sainsbury, Battle*, 697.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Traité, *Duponchel;* essai de tactique, *Wahlberg*, 701. — Vêtements, *Nocht;* sueur des pieds, 703. — Hernies, *Villaret*, 704. — Mutilation volontaire, *Karlinski;* réfraction oculaire, *Overweg*, 705. — Furoncle, *Leu*, 706. — Fièvre typhoïde, *Schneider*, 707. — Effets de projectiles, *Habart, Bruns*, 708. — Pansement, *Duquaire*, 709.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 325.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

1917

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N FEB 9 1891

ANATOMIE.

Traité d'anatomie humaine (Anatomie descriptive. Histologie. Développement), par L. TESTUT (avec la collaboration, pour l'histologie et l'embryologie, de G. Ferré et L. Vialleton) (*In-8° avec figures, Paris*, 1889 *et* 1890).

L'abondance des traités d'anatomie que possède la littérature médicale peut, à première vue, faire paraître superflue la publication d'un nouvel ouvrage de ce genre. On appréhende, avec quelque raison d'ailleurs de retrouver une fois de plus ces descriptions, toutes plus ou moins calquées les unes sur les autres, sur lesquelles ont pâli des générations d'étudiants, et qui n'ont pas peu contribué à faire considérer l'anatomie comme une science ingrate et son étude comme une besogne fastidieuse dont l'utilité flagrante ne suffisait pas toujours à faire oublier la monotonie. Si pareille crainte n'a été que trop souvent justifiée, il suffit de parcourir le *Traité d'anatomie humaine* de Testut pour être pleinement rassuré et pour s'apercevoir qu'il était possible de sortir des chemins battus en devenant attrayant tout en restant anatomiste. Il fallait pour cela faire descendre, sans scrupules, l'homme du piédestal du haut duquel il dominait tout le monde animal. Il fallait ne plus le considérer comme un être à part, trouvant en lui seul la raison d'être et l'explication de toutes les dispositions anatomiques de son organisme. Transformiste convaincu et autorisé, Testut n'a pas hésité à entrer dans cette voie, qui jusqu'alors, en France du moins, n'avait été suivie dans aucun ouvrage classique d'anatomie humaine. Il faut le féliciter vivement d'avoir ainsi rompu avec les anciens errements, qui ont eu sur cette science, en l'isolant complètement, une influence si fâcheuse.

Chaque fois qu'il s'agit d'établir la signification d'un organe ou d'un appareil, l'auteur sait mettre à profit les données de l'embryologie et de l'anatomie comparée et présenter sous une forme saisissante, dans un style concis et élégant, les interprétations si lumineuses que la science

moderne permet de substituer aux explications fantaisistes et puériles dont la théorie des causes finales avait encombré l'anatomie humaine. Ce n'est pas à dire pour cela que les détails classiques aient été négligés, loin de là, et sous le rapport de l'abondance des faits relatés, cet ouvrage ne le cède à aucun autre. De plus, Testut ne s'est pas contenté de puiser aux sources classiques et il a enrichi son livre des innombrables documents récemment parus, disséminés dans les différents périodiques. Les indications bibliographiques qu'il fournit seront certainement fort appréciées.

Jusqu'ici le tome Ier, comprenant l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie, et la 1re partie du tome II, qui traite l'angéiologie, ont paru. On conçoit aisément qu'un ouvrage de ce genre ne se prête nullement à une analyse. On ne peut qu'indiquer la marche suivie par l'auteur. A propos de chaque os, muscle, vaisseau ou territoire vasculaire, on trouve en premier lieu la description détaillée de l'état normal, avec tous les renseignements accessoires qu'elle comporte. Toute cette partie est en gros texte : « L'élève qui débute pourra s'en contenter; il y trouvera toutes les notions répondant aux programmes de l'enseignement et exigées dans les examens. » A cette partie d'anatomie descriptive font suite, imprimés en petit texte, les développements concernant l'anatomie comparée, les anomalies, l'anthropologie et enfin les renseignements bibliographiques.

Chacune des subdivisions dont se compose le tome Ier et l'angéiologie se trouve précédée d'un chapitre d'anatomie générale dû à la collaboration de Ferré. La place laissée à l'histologie dans un traité d'anatomie ne pouvait être bien considérable. Elle est cependant largement suffisante, et l'on trouve des notions très étendues, mises au courant des théories modernes et exposées clairement sans détails superflus. Ces chapitres répondent dans une mesure très satisfaisante aux besoins des débutants.

Quant aux figures, presque toutes tirées en plusieurs couleurs, qui accompagnent l'ouvrage et qui sont pour la plupart originales, nous n'avons qu'un mot à en dire : elles sont irréprochables.

En somme, le *Traité d'anatomie humaine* de Testut constitue une œuvre remarquable, une œuvre de progrès, qui ne manquera pas, nous en sommes convaincu, d'avoir une influence bienfaisante en satisfaisant l'esprit de ceux qui ne voyaient jusqu'alors dans les études d'anatomie qu'un exercice de mémoire ou, ce qui est pis, un épouvantail. Testut déclare qu'il a spécialement écrit ce livre pour les élèves, et c'est à eux qu'il le dédie; pour notre part, nous pensons, ce sera notre seul reproche, que Testut est trop modeste, et que d'autres encore apprendront beaucoup en le lisant.

A. NICOLAS.

Ueber Sehnervendegeneration und Sehnervenkreuzung, par SINGER et MÜNZER (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 26, *p.* 602, 1er *juillet* 1889).

De leurs expériences, Singer et Münzer concluent que l'entre-croisement des nerfs optiques est total chez le pigeon, le hibou, la souris et le cobaye, tandis qu'il est partiel chez le lapin, le chien et le chat; mais le faisceau non entre-croisé ne constitue pas un tractus bien délimité, car

ses fibres se mélangent uniformément avec les fibres de la bandelette du côté opposé.

La différence de ces résultats et de ceux de Gudden et de ses élèves (*R. S. M.*, VI, 415 et 416) tient à la méthode expérimentale employée. A la suite de l'extirpation pratiquée sur l'animal nouveau-né, les fibres éparpillées du faisceau non entre-croisé du nerf optique normal dans la bandelette homonyme se replient dans le tissu conjonctif lâche subaistant et donnent l'apparence d'un faisceau compact.

L'expérience suivante prouve la justesse de cette explication.

A toute une portée de lapins nouveau-nés, on enlève, à quatre semaines d'intervalle, successivement l'œil droit, puis le gauche. On constate une atrophie complète du nerf optique droit; le nerf optique gauche et la bandelette droite se colorent en noir intense par la méthode de Marchi, et dans l'angle latéral du côté gauche du chiasma se voit un faisceau compact, grêle, de fibres noircies qui repose sur la commissure de Gudden et constitue avec elle les vestiges de la bandelette gauche. J. B.

Die Endigung des Duralsackes im Wirbelcanal des Menschen (Terminaison du sac dural dans le canal rachidien chez l'homme), par WAGNER (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth., Heft* 1 *et* 2; 1890).

Depuis que la résection de certaines parties du sacrum a été introduite dans la pratique chirurgicale pour l'extirpation de certaines tumeurs du rectum, il importait de savoir jusqu'à quel niveau descendent les enveloppes de la moelle, et, sur ce point, les anatomistes ne sont pas d'accord. Au moyen d'injections pratiquées chez des enfants et des adultes, Wagner a trouvé que dans la station verticale l'extrémité inférieure du cul-de-sac dural correspond à l'extrémité inférieure de la 2e vertèbre sacrée. Chez l'enfant, cette extrémité est un peu plus basse; elle répond en moyenne à la partie supérieure de la 3e vertèbre sacrée et ne descend jamais plus bas que l'extrémité inférieure de cette vertèbre. Il est bon toutefois de noter que chez l'enfant la mobilité extrême de la colonne vertébrale, y compris le sacrum, est telle que la hauteur à laquelle cessent les enveloppes méningées peut varier dans des limites assez étendues. A. NICOLAS.

Ueber die Verschiebungen der Halsorgane bei verschiedenen Kopfbewegungen (Sur les déplacements des organes du cou à la suite des différents mouvements de la tête), par DELITZIN (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth., Heft* 1 *et* 2; 1890).

Ces observations sont faites d'après des coupes de cadavres congelés et prouvent que les mouvements de la tête s'accompagnent de déplacements notables de tous les organes du cou. La rotation de la tête s'accompagne non seulement d'une rotation de l'atlas, mais aussi d'une torsion de toutes les vertèbres cervicales supérieures autour de leur axe vertical. Cette torsion disparaît tout à fait au niveau de la 6e vertèbre.

Dans le domaine de l'appareil respiratoire, les déplacements ne se limitent pas à l'os hyoïde, mais s'étendent plus bas jusqu'au niveau de l'orifice supérieur du thorax. Le pharynx et l'œsophage suivent les mouvements du larynx et de la trachée.

Les gros vaisseaux du cou se déplacent suivant presque toute leur longueur, y compris les carotides primitives. La bifurcation du tronc brachio-céphalique est portée en haut lorsque la tête s'étend, en bas et à droite lorsqu'elle se fléchit. Ce n'est donc que lorsque la tête est dans la situation normale que le tubercule carotidien peut servir de repère sûr pour trouver la carotide primitive. Les muscles sterno-cléido-mastoïdiens changent également de situation, et leur bord antérieur ne peut servir de repère que dans certains cas.

Ces déplacements des organes cervicaux sont beaucoup plus accentués dans la région supérieure du cou que dans la région inférieure, parce que là ils peuvent être amoindris par des influences spéciales (par exemple le volume des lobes du corps thyroïde), et d'autre part à la périphérie du cou ils sont, cela se conçoit, plus étendus qu'au centre. Ils dépendent dans leur degré d'extension de divers facteurs : de la forme, de l'épaisseur, de l'élasticité, etc., de l'organe déplacé; du degré d'extensibilité des ligaments, du développement des aponévroses et enfin de l'amplitude du mouvement de la tête. A. NICOLAS.

Die suprasternale Spaltraum des Halses (L'espace supra-sternal du cou), par TAGUCHI (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth., Heft* 1 *et* 2; 1890).

Les descriptions des aponévroses et des espaces interaponévrotiques du cou sont loin de concorder entre elles. Après un court historique relatif surtout à l'espace supra-sternal, l'auteur passe à l'exposé de ses recherches. Il s'est servi d'injections pratiquées par ponction immédiatement au-dessus de la fourchette sternale. De cette manière, on remplit un espace de forme triangulaire dont les limites, soumises à quelques variétés individuelles, sont généralement les suivantes : en bas la surface antérieure du bord supérieur du manubrium, en haut le milieu de l'espace compris entre l'os hyoïde et le sternum. De chaque côté la masse à injection s'insinue en arrière du chef sternal du muscle sterno-cléido-mastoïdien et atteint le bord latéral du chef claviculaire de ce muscle, formant ainsi un diverticule situé au-devant des gros vaisseaux du cou. L'espace supra-sternal n'est donc pas, ainsi qu'on l'admet généralement, un petit espace; il est au contraire très étendu, et relativement plus grand chez l'enfant que chez l'adulte. On peut, sur des coupes, se convaincre que la masse à injection se loge entre le feuillet aponévrotique moyen (Tillaux) et le feuillet aponévrotique superficiel.

A. NICOLAS.

Demonstration eigenthümlicher Fasern in der Epidermis des Menschen (De certaines fibres dans l'épiderme de l'homme), par HERXHEIMER (*Congrès de Prague*, 1889).

L'auteur a employé pour ses recherches la méthode de Weigert, il a pu voir ainsi des fibres qui s'avancent jusqu'à la troisième rangée des cellules de l'épiderme en les contournant. Elles ont une longueur de 12 μ environ et un trajet en spirale. Elles sont quelquefois réunies en touffes que l'on voit entre les cellules. Ces fibres ont été vues dans un cas de sarcome de la bouche, dans le psoriasis, le lichen ruber, le myxœdème, le lupus, l'éléphantiasis des Arabes, la lèpre, etc... L'auteur les a constatées également dans l'épiderme normal. Il ne croit pas à des éléments pro-

duits artificiellement, ni à des parasites, ni à des membranes cellulaires, ni à des faisceaux élastiques, ni à un ciment intercellulaire. Il convient d'attendre pour connaître leur véritable signification. F. BALZER.

Ueber den Verhornungsprocess (Sur la formation du tissu corné), par **BLASCHKO** (*Archiv für Physiologie*, *p*. 539; 1889).

Les cellules jeunes du tissu corné se montrent formées d'un réseau de faisceaux de fibrilles parallèles que l'on peut suivre à travers les cellules et voir passer de l'une à l'autre. On trouve en outre un noyau avec nucléole et un liquide intercellulaire. Cette même structure se retrouve à tous les stades de la kératisation et sur toutes les productions cornées, si l'on a soin d'examiner dans la glycérine diluée les préparations traitées au préalable par l'acide chromique et l'alcool.

LÉON FREDERICQ.

Zur Kenntniss der körnigen Pigmentes im menschlichen Körper (Sur la connaissance des grains de pigment dans le corps humain), par **MAAS** (*Arch. f. mikr. Anat.*, *Band XXXIV*, *Heft* 4; 1889).

Après avoir indiqué l'état de nos connaissances sur la nature et l'origine des pigments que l'on trouve en divers organes du corps humain, l'auteur se propose de résoudre les questions suivantes :

1° La pigmentation dépend-elle de l'âge, et à quel moment de la vie commence-t-elle ? — Dans les divers organes examinés (rein, foie, cœur, capsule surrénale, vésicule séminale, épididyme, testicule), la pigmentation se fait à partir d'un âge déterminé, et très généralement augmente avec l'âge.

2° Les pigments sont-ils des formations physiologiques ou pathologiques? La pigmentation paraît un processus physiologique ; car elle débute pour tous les organes à une époque de la vie à peu près la même, sans atteindre avec plus de prédilection l'un de ces organes.

3° Le pigment est-il formé sur place, par les cellules où il se montre renfermé, ou bien est-il déposé par le sang? — Remarquant que l'on trouve en somme rarement les globules du sang en voie de désagrégation, et que partout où on assiste aux débuts de la pigmentation, on trouve le pigment représenté par quelques grains contenus dans les cellules, l'auteur pense que ce sont ces cellules qui fabriquent elles-mêmes le pigment. Il est possible toutefois que l'hémoglobine pénètre à l'état liquide dans la cellule et que sa transformation en pigment soit due à l'action métabolique de cette dernière.

4° Le pigment vient-il de la matière colorante du sang ou de la graisse ? — On sait qu'il existe sur l'origine des pigments deux théories : l'une qui fait dériver le pigment de l'hémoglobine, l'autre qui le fait provenir de la graisse. A l'aide des réactions microchimiques de Perl, de Quincke et de Virchow, l'auteur a pu montrer la présence du fer dans les pigments du foie et du testicule, et, par conséquent établir l'origine hématique de ces pigments. D'autre part, les méthodes de coloration de la graisse, en particulier l'emploi du bleu de quinoléine, lui ont permis de déceler dans le pigment du cœur des affinités de ce pigment avec les corps gras.

5° Les pigments sont-ils identiques entre eux ou non? — Dans la manière dont les divers pigments se comportent vis-à-vis de la lumière et à l'égard de certains réactifs chimiques, l'auteur trouve entre les pigments des ressemblances générales et des différences, qui le conduisent à soutenir que les pigments sont des corps non identiques, mais très voisins.

Le travail est accompagné de beaucoup de tableaux où sont relatées les nombreuses expériences de l'auteur. A. PRENANT.

Recherches sur le cartilage articulaire des oiseaux, par van der STRICHT (*Arch. de biologie, t. X*, 1890).

Les résultats de ce travail ont trait : les uns, à l'anatomie générale du tissu cartilagineux; les autres, à l'anatomie microscopique spéciale du cartilage diarthrodial des oiseaux.

Pour l'anatomie générale du tissu cartilagineux, l'auteur fait connaître un certain nombre de détails de fine structure intéressants. — Dans la substance fondamentale, il trouve des fibres qui sont tantôt isolées, tantôt réunies en faisceaux. Ces fibres ou faisceaux sont généralement parallèles les uns aux autres; mais elles peuvent aussi former des sortes de réseaux, irradiant autour des éléments cellulaires; elles donnent alors l'illusion de prolongements protoplasmiques des cellules ou de prolongements canaliculés des capsules, tels qu'en ont décrits nombre d'auteurs dont van der Stricht rappelle brièvement l'opinion. On peut nommer « faisceaux intercapsulaires » les faisceaux de fibres tendus d'une capsule à l'autre; les fibres isolées qu'on trouve entre ces faisceaux peuvent être appelées « fibres interfasciculaires ». L'auteur signale aussi la structure lamellaire de la substance fondamentale en une autre région du cartilage diarthrodial. Ailleurs encore, il attire l'attention sur la calcification de la substance fondamentale et sur les modifications chimiques qui la précèdent. — Les éléments cellulaires sont généralement disposés, dans la région cartilagineuse fibrillée, entre les faisceaux de fibres et par rangées parallèles; par leur forme, par leurs rapports avec les faisceaux de fibres et entre elles, ils rappellent les cellules tendineuses, dont ils diffèrent néanmoins par certains caractères.

Le cartilage diarthrodial est composé, en procédant à partir de la surface articulaire, par : 1° une couche cartilagineuse superficielle à capsules aplaties, à substance fondamentale fibrillaire; — 2° une couche à capsules sphériques, à substance intercellulaire de texture lamelleuse; — 3° une couche à capsules empilées (cartilage sérié de Ranvier) où la substance fondamentale subit certaines modifications qui la préparent à la calcification; — 4° une couche de cartilage calcifié; — 5° un cône cartilagineux non calcifié, plongeant très loin dans la diaphyse, continu avec la moelle osseuse, et qu'on peut appeler pour cette raison « cône cartilagineux médullaire ». On peut se convaincre, au niveau de la couche calcifiée et du cône cartilagineux, de la transformation des cellules de cartilage en ostéoblastes et en cellules médullaires proprement dites, et par conséquent de la participation active du cartilage calcifié et du cône cartilagineux médullaire à la formation de l'os endochondral.

A. PRENANT.

I. — Beiträge zur Kenntniss der Zelle und ihrer Theilungserscheinungen (Contributions à la connaissance de la cellule et de ses phénomènes de division), par PLATNER (*Arch. f. mikr. Anat.*, *XXXIII*, *Heft* 1).

II. — Beiträge zur Kenntniss der Zelle und ihrer Theilung, par PLATNER (*Ibidem*, *Band XXXIV*, *Heft* 2; 1889).

I. — L'auteur étudie la division cellulaire et la spermatogénèse dans la glande hermaphrodite de Limax agrestis et Helix pomatia et dans le testicule de Paludina vivipara. Voici ses principaux résultats. Le « noyau accessoire » (*Nebenkern*) ne disparaît à aucun moment de la division cellulaire, mais subit seulement des transformations remarquables. Dès le début de la segmentation transversale du réseau chromatique, on voit le noyau accessoire, jusqu'alors continu et pelotonné (chez Limax), se diviser en segments ou bâtonnets, dont le nombre est dans un rapport déterminé avec celui des éléments chromatiques. Entre les bâtonnets qui résultent de la segmentation du noyau accessoire, se trouvent un, puis deux corpuscules. Ces deux corpuscules s'écartent l'un de l'autre, en même temps que les bâtonnets se disposent en deux groupes. Chaque bâtonnet se fissure longitudinalement ensuite en deux éléments parallèles. Les deux groupes s'éloignent l'un de l'autre en glissant le long de la membrane nucléaire, sur laquelle ils laissent une traînée plus colorée, qui a certainement son origine dans la substance du noyau accessoire. C'est alors que la membrane nucléaire se détruit et que paraît le fuseau achromatique, formé aux dépens de la traînée dont il vient d'être question. Le fuseau constitué montre à chacun de ses pôles un centre plus clair autour duquel irradie l'un des groupes de bâtonnets issus du noyau accessoire; ces bâtonnets peuvent être nommés « rayons principaux », pour les distinguer des rayons cytoplasmiques, d'importance secondaire, qui partent aussi des pôles. Le noyau accessoire produit donc et le fuseau achromatique et les rayons principaux. Il présente ainsi une ressemblance complète avec les sphères attractives de van Beneden, les sphères archoplasmiques de Boveri, les périplastes de Vejdowsky, et de la sorte perd de son caractère singulier, en venant se ranger parmi des formations mieux connues.

Lors de la différenciation des spermatides, le noyau accessoire de celles-ci naît directement de la partie équatoriale des filaments du fuseau. Autour du noyau de la spermatide existe l'auréole claire qui entoure tout noyau-fille. Cette auréole offre sur sa face tournée vers le pôle de l'ancienne division un appendice sombre, qui appartient aux rayons principaux et au corps central ou centrosome; quand la membrane nucléaire est formée, il en paraît être un épaississement. Cet élément deviendra le « bouton de la tête » (*Spitzenknopf*) du spermatozoïde, et plus tard la pièce antérieure, le premier tour de spire de la tête. Quant au noyau accessoire que forme la partie équatoriale des filaments du fuseau, lors de la dernière division, il contribue directement ou indirectement à former l'enveloppe du filament axile.

Platner fait connaître ce fait intéressant que dans la dernière division des spermatocytes il se fait une réduction dans le nombre des éléments chromatiques; cela tient à ce que cette division suit immédiatement, sans interposition d'un stade de repos (après lequel les éléments chro-

matiques pourraient se constituer en nombre typique) la division qui précède. Ce phénomène est comparable à ce qui se passe lors de la division du deuxième fuseau de direction. Dans les deux cas, le nombre des éléments chromatiques est réduit de moitié.

L'auteur termine par une observation remarquable de division directe du noyau dans les tubes de Malpighi des insectes.

II. — 1° *L'origine et la signification des « noyaux accessoires » dans le pancréas : contribution à la théorie de la sécrétion.* L'auteur fait connaître dans ce paragraphe les résultats qu'il a obtenus tant sur le pancréas des vertébrés inférieurs que sur les vaisseaux de Malpighi des insectes. Les cellules glandulaires épuisées par une sécrétion récente présentent dans un protoplasme peu abondant un noyau de forme irrégulière, muni de boursufflures. Le suc nucléaire devient colorable, particulièrement dans l'une des proéminences du noyau. Cette proéminence augmentant de volume arrive à se détacher du noyau, devient libre dans le protoplasme et perd bientôt la faculté de se colorer; le bourgeon nucléaire ainsi séparé est le « noyau accessoire » (*Nebenkern*). Le protoplasma des cellules augmente, en même temps que dans son intérieur prennent naissance de nombreuses granulations de zymogène. Pendant ce temps le noyau accessoire entre en régression, devient méconnaissable, tandis que les grains de ferment sont de plus en plus colorés par la safranine. Platner pense pouvoir conclure de ces faits que le noyau accessoire fournit la matière du ferment, qu'il est un « zymoblaste ».

2° *Spermatogénèse et division cellulaire dans le testicule des papillons.* — L'auteur entre d'abord dans des considérations générales intéressantes au sujet des homologies des cellules séminales et des œufs. Dans la lignée des cellules séminales, la souche est représentée par les spermatogonies; viennent ensuite des spermatocytes de première génération, puis des spermatocytes de deuxième ordre; la dernière génération est formée par les spermatides. Les spermatocytes (de la première génération) correspondent aux œufs; les deux divisions qu'ils ont encore à subir répondent à celles que représentent dans l'œuf les deux figures polaires. Dans les deux cas il se fait une réduction de la substance chromatiqne au quart de sa quantité primitive, ce qui tient à ce que la deuxième division succède à la précédente sans interposition d'un stade de repos. L'auteur établit les différences qui séparent les spermatogonies des spermatocytes. Ces différences consistent essentiellement dans le volume, la constitution, le mode de division. Le mode de division des spermatocytes est très particulier; on n'y trouve pas de pelotons, mais des figures remarquables qui n'ont d'analogues que les images offertes par les figures polaires dans les œufs. Comparant les produits de division du spermatocyte et ceux de l'œuf, et se demandant pourquoi il y a entre l'œuf et les globules polaires une inégalité aussi grande, Platner fait observer que dans l'œuf, lors de la formation du premier globule polaire, il n'y a qu'un centrosome nu, non entouré d'archoplasma; l'absence de ce dernier, dont les travaux de Boveri ont révélé l'importance pour la division cellulaire, peut expliquer que la cellule-œuf ne puisse se diviser également.

Le centrosome ou noyau accessoire des spermatocytes est entouré d'une auréole claire bordée elle-même de grains sombres; il se divise;

les deux centrosomes ainsi formés s'éloignent l'un de l'autre, puis la division du noyau commence. Quand elle est achevée, il se forme autour de la substance chromatique de chacun des noyaux-filles une bordure claire, du côté polaire de laquelle se montre le centrosome, tandis que du côté équatorial on trouve quelques grains arrondis en rapport avec les fibres du fuseau. Celles-ci se transforment en un gros corps arrondi ou « grand mitosome » ; les grains se rassemblent en un corps plein, le « petit mitosome ». Le grand mitosome s'allonge et forme l'enveloppe du filament axile caudal du spermatozoïde. Le petit mitosome vient s'intercaler entre la tête et la queue. Le centrosome forme un corps appendu à la tête. Les deux mitosomes représentent de par leur origine le noyau accessoire dédoublé de la spermatide. Platner fait remarquer combien l'arrangement des parties constitutives du spermatozoïde rappelle celui des éléments de la spermatide, alors qu'elle est encore à l'état de cellule-fille du spermatocyte. Dans les deux cas à l'extrémité se trouve le centrosome; vient ensuite la chromatine du noyau ou tête du spermatozoïde, puis la substance des fibres du fuseau ou mitosomes.

3° *La formation du premier fuseau directeur dans l'œuf de l'Aulastonum gulo.* — L'œuf complètement développé ne renferme qu'un centrosome nu; les sphères archoplasmiques ne s'y forment que secondairement. Partant de ce fait, l'auteur combat les considérations théoriques développées par Boveri, qui croyait à l'existence du centrosome seul dans le spermatozoïde, et du seul archoplasma dans l'œuf. Il compare et identifie les phénomènes de division des spermatocytes avec ceux qui donnent naissance aux globules polaires. A. PRENANT.

Beiträge zur Kenntniss des Baues des Œsophagus und der Haut (Contributions à la connaissance de la structure de l'œsophage et de la peau), par STRAHL (*Arch. f. Anat. u. Phys., Anat. Abth., Heft* 3-4; 1889).

1° On admet généralement que le chorion de la muqueuse œsophagienne présente des papilles qui font saillie dans l'épithélium. Ce schéma n'est pas applicable à l'ensemble des mammifères. Car on trouve des types où il n'existe aucune saillie du chorion, d'autres où le chorion présente des crêtes longitudinales, d'autres enfin où ces crêtes sont elles-mêmes hérissées de papilles.

Le passage de l'œsophage au pharynx est indiqué, chez le chien, par une saillie annulaire, décrite d'abord par Franck, au-dessus de laquelle les glandes présentent le type acineux, et sont plus pauvres en mucus qu'au-dessous, où les tubes glandulaires sont seulement dilatés à leur extrémité et très riches en mucus. Chez le lapin on retrouve une pareille saillie annulaire, au-dessous de laquelle les glandes font défaut. Chez l'homme, on observe aussi une saillie; au-dessous de celle-ci, les glandes peuvent manquer totalement; d'ailleurs, la disposition des glandes œsophagiennes est des plus variables chez l'homme.

2° La peau de certains animaux offre en certains endroits (museau du chien) une disposition qui rappelle absolument celle que présente l'œsophage. En effet, le derme forme des crêtes réticulées surmontées de papilles. Strahl rapporte à cet égard des faits qui sont comparables à

ceux que Klaatsch (voir *R. S. M.*, XXIV, 16) a fait connaître, et qu'il a trouvés indépendamment de cet auteur. A. PRENANT.

Zur Kenntniss der Histologie des Alligatormagens (Sur l'histologie de l'estomac de l'alligator), par P. EISLER (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXIV, Heft* 1, 1889).

La structure histologique de l'estomac des crocodiles n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun travail, et, à ce point de vue, les observations d'Eisler présentent quelque intérêt. L'épithélium superficiel avec ses éléments caliciformes, les glandes, le chorion avec ses follicules lymphatiques et ses cellules migratrices, sont successivement décrits. Les glandes ne renferment qu'une seule sorte de cellules se montrant cependant sous des aspects un peu différents en rapport avec la sécrétion. On y trouve des éléments qui paraissent plus ou moins atrophiés ou même morts. A propos des cellules caliciformes, l'auteur étudie la constitution de la paroi de la thèque et entre dans quelques détails sur ses rapports avec la paroi cellulaire. A. NICOLAS.

Bildung der Scheidewand zwischen Brust-und Bauchhöhle (Formation de la cloison thoraco-abdominale), par RAVN (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 3-4; 1889).

1° Les cloisons qui se forment dans la cavité générale des mammifères sont des formations secondaires.

2° Les premières cloisons rudimentaires se produisent ainsi :

a) La paroi dorsale de la veine omphalo-mésentérique, qui appartient à la paroi ventrale de la cavité générale, se soude sur une courte étendue avec la paroi dorsale de la cavité générale. Ainsi se forme une cloison à direction frontale (qui correspond à une partie du *septum transversum* de His). Par le développement de cette cloison dans l'intérieur du *ductus communicans* (conduit de communication entre la cavité pariétale et la cavité péritonéale), ce dernier se trouve partagé de chaque côté en deux étages, dont l'un est le *recessus parietalis dorsalis*, l'autre le *recessus parietalis ventralis*.

b) Dans la région où le tube hépatique sort de l'intestin, celui-ci conserve son mésentère ventral, qui l'unit à la paroi ventrale du tronc. Ce mésentère, dans lequel plonge et se ramifie le tube hépatique, forme la première ébauche d'une cloison à direction horizontale (transversale ?) que l'auteur nomme *diaphragme primaire*. Tandis que le *septum transversum* est la première ébauche de la cloison qui sépare les cavités pleurale et péricardique, le diaphragme primaire donne naissance au diaphragme définitif ainsi qu'à une portion du stroma du foie. Les deux cloisons sont dès le début soudées l'une à l'autre : le bord postérieur du *septum transversum* repose sur la partie la plus élevée de la face antérieure du diaphragme primaire.

3° Ces deux cloisons rudimentaires formées, il existe entre la partie crânienne (cavités péricardique et pleurale, cavité pariétale) de la cavité générale et la partie caudale (cavité péritonéale) quatre communications ; deux sont situées, une de chaque côté de l'intestin, au-dessus du *septum transversum*; les deux autres sont placées au-dessous de cette même cloison, une de chaque côté du diaphragme primaire. Ces quatre

communications, qui sont respectivement l'extrémité caudale des recessus pariétaux dorsaux et pariétaux ventraux, se ferment chez les mammifères : les communications inférieures s'oblitèrent les premières, et, à la suite de ce processus, les recessus pariétaux ventraux deviennent de véritables diverticules terminés en cul-de-sac de la cavité pariétale (*bursæ parietales ventrales*).

4° Dans l'intérieur de chaque *recessus parietalis dorsalis* (cavité pleurale future) fait saillie le bourgeon mésodermique du poumon (*ala pulmonalis*), bientôt envahi par les ramifications du tube épithélial pulmonaire. Du côté droit, l'aile pulmonaire se prolonge par une saillie que Ravn appelle *pli de la veine cave inférieure*. Entre la face ventrale de l'aile pulmonaire et le *septum transversum* placé au-dessous, il s'établit de bonne heure une soudure, par laquelle se trouve délimité un espace étroit fermé en avant, ouvert en arrière dans la cavité péritonéale. Du côté droit, la soudure est prolongée en arrière par la fusion du pli de la veine cave inférieure (qui continue l'aile pulmonaire) avec le diaphragme primaire (sur lequel s'insère postérieurement le *septum transversum*). L'espace en forme de cæcum qu'on vient de voir se former persiste chez les mammifères du côté droit seulement. Son orifice dans la cavité péritonéale est l'*hiatus de Winslow*, qui est produit par la cessation de la soudure décrite ci-dessus. L'espace du côté droit, seul persistant, s'oblitère plus tard à la hauteur de la future région cardiaque. La partie située en arrière de la région oblitérée devient le *recessus superior sacci omenti* (recessus supérieur de la cavité des épiploons) au sens le plus étroit du mot; la partie antérieure forme, au moins chez les animaux qui possèdent un lobe infracardiaque du poumon droit, une gaine qui entoure presque totalement le poumon.

5° L'auteur termine en examinant comment se fait la fermeture des *recessus parietales dorsales* et la formation de la partie dorsale du diaphragme. A. PRENANT.

Beiträge zur Histologie des Hodens (Contributions à l'histologie du testicule), par F. HERMANN (*Arch. f. mikr. Anat.*, *Band XXXIV*, *Heft* 1, 1889).

1° Chez la salamandre, la « pièce intermédiaire » (Mittelstück) a pour origine le « corps accessoire » (Nebenkörper). Celui-ci se compose de trois parties bien distinctes : un corps que le violet de gentiane et la safranine ne colorent pas, un globule qui se colore en rouge par la safranine, et une formation qui a l'aspect d'un anneau teint en violet par le violet de gentiane. Le premier de ces corps se dissout purement et simplement; le dernier forme le liséré spiral de la queue du spermatozoïde. Quant au corpuscule rouge, il devient la « pièce intermédiaire », en prenant une forme cylindrique, puis se modifiant chimiquement, ainsi que l'attestent ses réactions à l'égard des colorants.

Le « corps accessoire » dérive à son tour d'un globule incolore que l'on trouve dans les spermatocytes, et qui, durant la division de ceux-ci, se comporte comme les corpuscules polaires ou centrosomes de van Beneden et de Boveri.

2° Hermann décrit le noyau des spermatoblastes de la souris, dans lequel il trouve un très délicat réseau chromatique et un nucléole composé de deux substances, l'une colorée fortement par la safranine, l'autre

incolore après l'action de ce réactif; la substance colorée est représentée par deux corpuscules placés de part et d'autre de la substance incolore concentrée en un globule. Cette structure demeure la même à toutes les phases de la spermatogénèse. L'auteur rapporte à propos de la constitution du nucléole des observations analogues faites sur les taches germinatives de différents œufs.

3° Hermann étudie ensuite la constitution histologique des épithéliums glandulaires dans le testicule de la souris, examine la division des spermatogonies, leur transformation en spermatocytes, l'apparition, dans leur protoplasma, d'un « noyau accessoire » (Nebenkern) que Renson est le seul à avoir signalé, et qui se compose de deux corps, l'un coloré par le violet de gentiane, l'autre incolore. Dans la division des spermatocytes, le stade de spirème est d'une durée très longue.

L'auteur signale un état du noyau, correspondant peut-être à la phase du monaster, où les extrémités libres des anses chromatiques se sont rapprochées et soudées de manière à figurer des anneaux chromatiques, situés à la périphérie du noyau, et reliés par des filaments achromatiques, qui sont sans doute l'origine du fuseau. Aux pôles du fuseau se trouve un double corpuscule polaire. La karyokinèse se fait en somme dans son ensemble, de la même façon que chez la salamandre, suivant un mode hétérotypique (Flemming).

Les spermatides ont un noyau d'abord sans nucléole, où paraissent ensuite plusieurs corps nucléolaires bientôt confondus en une formation unique qui a la figure d'un biscuit. Le « noyau accessoire » consiste en deux corps, l'un incolore, l'autre coloré. A côté du noyau se trouve une formation en croissant, appliquée contre la membrane nucléaire, colorée en brun par l'acide osmique.

4° Le premier phénomène qui, chez la souris, marque la transformation des spermatides en spermatozoïdes consiste en ce que les deux sphérules du biscuit nucléolaire s'écartent l'une de l'autre, laissant entre elles un pont chromatique, qui partage le noyau en deux portions, dont la portion centrale est plus foncée, parce qu'elle renferme, outre un réseau chromatique, de la chromatine diffuse. Le corps en forme de croissant qui recouvrait en partie la membrane nucléaire indique à présent le pôle antérieur du noyau devenu ellipsoïdal; ce corps se transforme en donnant le « capuchon de la tête » et le « bouton de la tête ». Au pôle postérieur ou caudal du noyau une fine membrane se détachant de ce dernier constitue une aire semi-lunaire, claire, la « coiffe caudale ». A ce moment, le corpuscule coloré du « noyau accessoire » pénètre dans la coiffe caudale, où il devient le « bouton caudal »; de ce bouton part un court filament qui est la première indication de la queue, dont l'origine serait ainsi dans la substance du « noyau accessoire »; quant à la partie incolore du « noyau accessoire », elle se dissout dans le protoplasma. La diminution de volume du noyau devenu tête du spermatozoïde se fait au prix d'une condensation de tous les éléments nucléaires et s'accompagne de modifications chimiques rendues apparentes par des changements de coloration. La coiffe hyaline caudale devient la gaine spiralée de la queue. La « pièce intermédiaire » est représentée par le « bouton caudal ».

5° Le « noyau accessoire », dans les cellules séminales de la sala-

mandre et de la souris, n'est pas un corps simple, mais constitué de deux substances, l'une colorable, l'autre qui ne l'est pas. Il est possible que le « noyau accessoire » soit issu du noyau, sous la forme d'un corps non colorable au début. Il prend part à la division, s'y comportant comme les corpuscules polaires ou centrosomes. Dans la spermatide différenciée, il s'emploie pour sa partie colorée à la formation de la « pièce intermédiaire » ou du « bouton caudal », et aussi, chez la salamandre, à la constitution de la membrane natatoire de la queue; sa partie incolore se détruit.

6° Les processus de régénération qui se passent dans le testicule de la salamandre font l'objet de l'avant-dernier paragraphe.

L'auteur montre comment toutes les phases de l'évolution séminale se succèdent, depuis l'extrémité antérieure de l'organe qui représente la portion régénératrice jusqu'à l'extrémité postérieure.

7° Hermann termine en signalant, chez la salamandre, des phénomènes remarquables de dégénération consistant en ce que, tandis que le noyau se vacuolise, la chromatine diffuse se rassemble en travées disposées en un réseau; le nucléole sort du noyau, entraînant avec lui des particules chromatiques qui se répandent dans le protoplasma. A. PRENANT.

Die Eihäute des Pferdes (Les enveloppes ovulaires du cheval), par BONNET (*Verhandl. d. anat. Gesellschaft in Berlin*, 1889).

Le fait le plus remarquable observé par Bonnet est la disposition très spéciale de la vésicule ombilicale. Si, sur un œuf déjà très développé, on enlève l'allantoïde qui recouvre la vésicule ombilicale, on tombe sur une petite cicatrice au niveau de laquelle le chorion adhère à la vésicule ombilicale. Sur un œuf plus jeune on trouve au pôle inférieur de l'œuf une région ovale, non vasculaire, de $1^{mm},4$ de long, de $0^{mm},8$ de large, entourée par un bourrelet que circonscrit à son tour le sinus terminal; c'est ce que Bonnet appelle « champ de la vésicule ombilicale ». Le cœlome ne s'étend que jusqu'au sinus terminal pour séparer le chorion de la vésicule ombilicale. Dans les limites du champ ombilical, le mésoblaste n'est pas fissuré. Tout le champ ombilical consiste en tissu cicatriciel, particulièrement épais au niveau du bourrelet annulaire. On doit penser que le champ ombilical occupait primitivement une étendue beaucoup plus grande et qu'il s'est réduit aux dimensions qu'il présente actuellement par le fait de la destruction progressive des vaisseaux. Il s'agit ici d'une disposition très primitive réalisée comme chez les marsupiaux et le hérisson par l'adhérence de la vésicule ombilicale et du chorion au moyen d'un mésoblaste indivis dans toute l'étendue du champ ombilical. Ce dernier est le reste, en voie d'évolution cicatricielle, d'un chorion ombilical, qui devait jouer le rôle de placenta vitellin tant que l'allantoïde ne fonctionnait pas. Ce reste, ou champ ombilical, est comparable à l'ombilic ombilical décrit par Duval chez l'oiseau, ainsi que le montre la comparaison des dessins de Duval et de Bonnet. A. PRENANT.

Ein Beitrag zur Anatomie der Lymphgefässe der männlichen Geschlechtsorgane (Anatomie des vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de l'homme), par ZEISSL et HOROWITZ (*Congrès de Prague*, 1889).

A l'exemple de Sappey, les auteurs ont fait leurs recherches sur les

enfants; ils ont employé le bleu de Prusse pour leurs injections. Les vaisseaux lymphatiques du pénis sont superficiels et profonds. Les superficiels partent de la partie médiane du foie et du raphé par plusieurs troncs provenant d'un réseau : il n'est pas exact qu'il n'y ait qu'un seul vaisseau dorsal. Ils sont situés immédiatement au-dessous de la peau et vont aux ganglions de l'aine; quelquefois ils s'unissent en un seul tronc; quelquefois ce tronc se subdivise pour se rendre aux deux aines; quelquefois les lymphatiques d'un côté se rendent aux ganglions du côté opposé, ce qui peut expliquer la production des bubons du côté opposé à celui de l'infection. Les vaisseaux lymphatiques profonds du pénis cheminent à côté de la veine dorsale du pénis et vont se rendre aux ganglions de l'aine ou aux ganglions pelviens voisins de la vessie.

Ceux qui viennent du scrotum se rendent aux ganglions inguinaux.

F. BALBER.

I. — **Bemerkungen über den Bau der Menschen-und Affen-Placenta** (Remarques sur la structure du placenta de l'homme et des singes), par **WALDEYER** (*Arch. für mikr. Anat., Band XXXV*, 1890).

II. — **Zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta** (Sur le développement du placenta humain), par **KEIBEL** (*Anat. Anz.*, n° 17; 1889).

III. — **Zur Kenntniss der Uteroplacentargefässe** (De l'étude des vaisseaux utéro-placentaires), par **BUMM** (*Arch. f. Gynœkologie, Band XXXVII, Heft* 1; 1890).

IV. — **Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta** (Contributions à l'étude du développement du placenta humain), par **GOTTSCHALK** (*Ibidem, Band XXXVI, Heft* 2).

V. — **Zur Entwickelungsgeschichte der Placenta bei der Maus (weisse Varietät)** Sur le développement du placenta chez la souris (variété blanche), par **NUSBAUM** (*Anat. Anz.*, n° 8; 1890).

VI. — **Der grüne Saum der Hundeplacenta** (Le liséré vert du placenta du chien), par **N. LIEBERKUEHN** (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 3-4; 1889).

VII. — **Ueber die Placenta von Putorius furo** (Sur le placenta du furet), par **STRAHL** (*Anat. Anz.*, n° 12; 1889).

VIII. — **Untersuchungen über den Bau der Placenta. — Die Ablagerung des Eies an die Uteruswand** (Recherches sur la structure du placenta. — La fixation de l'œuf à la paroi utérine), par **STRAHL** (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 3-4; 1889).

IX. — **Ueber die Entwickelung und Structur der Placenta beim Hunde** (Sur le développement et la structure du placenta chez le chien), par **HEINRICIUS** (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXXI, Heft* 4; 1889).

I. — Waldeyer se propose d'examiner les points suivants :

1° Les espaces intervilleux contiennent-ils normalement du sang maternel ?

2° Comment se comportent les vaisseaux sanguins de l'utérus à l'égard du placenta ?

3° Que doit-on penser de la délimitation des espaces intervilleux et du soi-disant épithélium des villosités ?

4° D'où dérivent les éléments de la caduque ?

5° Comment se comporte le placenta des singes par comparaison avec celui de l'homme ?

1° Après un exposé historique détaillé de la question, Waldeyer fait connaître les résultats qu'il a déjà antérieurement signalés à l'académie de Berlin. Sur des placentas injectés ou non, examinés ou non *in situ*, en tout cas étudiés avec les plus grandes précautions, il a pu se convaincre de la présence normale du sang dans les espaces intervilleux, qui sont ainsi de véritables sinus suivant la doctrine ancienne et généralement acceptée de Weber, et réfuter celle de Braxton Hicks, Ruge, Ahlfeld, von Hoffmann, pour qui le sang n'existe pas, ou tout au moins ne circule pas dans les espaces intervilleux. Les faits maintenus par Waldeyer dans sa première communication (1887) ont reçu confirmation depuis cette époque de la part de Nitabuch, Heinz, Bloch, Rohr, et plus récemment de Sedgwick, Minot, Bumm, Leopold, Hofmeier.

2° Waldeyer rapporte les descriptions diverses qu'ont fournies les auteurs quant à la distribution des artères et des veines utéro-placentaires et à leurs rapports avec les espaces intervilleux. Il rappelle les faits principaux qu'il a exposés à ce sujet dans sa communication antérieure. Les artères utéro-placentaires sont remarquables par leurs sinuosités ; elles sont visibles à l'œil nu ; elles arrivent tout près des espaces intervilleux sans donner de branches latérales, et sans changer de calibre ; aussi peut-on déjà supposer qu'elles sont destinées à s'ouvrir dans les espaces intervilleux. On les y voit d'ailleurs pénétrer. L'artère est entourée au niveau de la tunique musculeuse de l'utérus d'une gaine lymphatique ; dans son trajet à travers la caduque sa paroi s'amincit et se réduit à une couche endothéliale immédiatement entourée par les cellules sérotiniennes. Un tel vaisseau ne mérite le nom d'artère que parce qu'il est le prolongement direct d'un canal à structure artérielle indiscutable. L'ouverture de l'artère dans l'espace intervilleux se fait par la déhiscence de la face fœtale de la dernière sinuosité de l'artère. Quant aux veines, ce sont de larges fentes, non sinueuses, dirigées parallèlement à la surface placentaire et se rapprochant peu à peu des espaces intervilleux. Les villosités choriales plongent profondément dans l'orifice par lequel la veine débouche dans l'espace intervilleux. Le sinus marginal communique et avec les veines utéro-placentaires et avec les espaces intervilleux.

Waldeyer analyse les travaux parus depuis cette époque, et spécialement celui de Rohr, avec les résultats duquel coïncident ceux de ses recherches actuelles. Il résume les différences que Rohr, Nitabuch et lui ont établies entre les veines et les artères utéro-placentaires : les artères sont plus étroites que les veines ; les artères ont un trajet fortement sinueux et montent en serpentant dans les saillies à large base que la sérotine montre du côté chorial, au lieu que les veines affectent une direction parallèle à la surface ; les artères sont dépourvues de ramifications et s'ouvrent à l'extrémité ou sur le flanc d'une saillie à large base de la sérotine par un conduit terminal unique, tandis que d'une veine partent de nombreux conduits terminaux qui s'ouvrent dans le fond

des dépressions de la sérotine; l'orifice artériel est étroit et les villosités n'y pénètrent pas, au lieu qu'elles s'enfoncent profondément dans les orifices veineux; la coupe transversale des artères est arrondie, celle des veines ne l'est jamais.

3° On doit considérer : l'épithélium qui revêt la face placentaire (fœtale) de la caduque, celui qui tapisse la face utérine du chorion, l'épithélium des villosités. Toute la face fœtale de la caduque est recouverte d'un épithélium que Waldeyer a vu détaché de la caduque, et qui ne peut être autre chose qu'un endothélium vasculaire. L'auteur relate les opinions émises sur la nature de cet épithélium. Sur la face utérine du chorion, Waldeyer a trouvé, au niveau des bords du placenta, la « plaque recouvrante » de Winkler, formée, comme on le sait, par la réflexion du tissu sérotinien; cette couche ne dépassant pas la périphérie du placenta mérite le nom d' « anneau recouvrant ». Sur toute la portion centrale du placenta existait un épithélium simple. Quant à l'épithélium des villosités, Waldeyer l'a vu formé de deux sortes de noyaux, dont les uns, superficiels, sont plongés dans une bande protoplasmique avec laquelle ils représentent un *syncytium* (Kastschenko) que Waldeyer est disposé à considérer comme de nature endothéliale. A propos de l'interprétation des couches de l'épithélium des villosités, il donne un tableau résumant les nombreuses opinions émises. Quant à sa propre interprétation, Waldeyer la réserve, en présence des faits que Keibel vient de décrire (présence autour des villosités de deux couches épithéliales fœtales, et de plus d'un endothélium vasculaire maternel).

II. — Sur un œuf humain de 13 millimètres de diamètre, contenant un embryon long de $4^{mm},2$, Keibel a pu constater que les espaces intervilleux remplis par le sang maternel sont revêtus d'un endothélium très net, plus ou moins intimement appliqué contre l'épithélium du chorion et des villosités choriales. Cet épithélium est constitué de deux couches, dont la plus superficielle munie à sa surface d'une bordure en brosse. Les villosités du chorion touffu sont soudées par leur extrémité à la caduque (villosités adhésives). Les villosités secondaires qui naissent soit sur les villosités adhésives, soit sur la membrane choriale elle-même, s'enfoncent dans les espaces intervilleux, soit en perforant, soit en déprimant l'endothélium qui tapisse ces espaces.

III. — Les veines ne se trouvent pas sur le bord des cotylédons et jamais dans les cloisons intercotylédonaires. Bumm confirme les résultats de Waldeyer relativement à la structure de la paroi veineuse, c'est-à-dire qu'il décrit l'endothélium jusque près de l'embouchure de la veine dans l'espace intervilleux. Les villosités plongent dans l'orifice veineux aux bords duquel quelques-unes sont soudées. Les veines sont des canaux sinueux, non ramifiés, de calibre à peu près uniforme. Les artères sont situées au bord des cotylédons et dans les cloisons intercotylédonaires. Leur endothélium disparaît au niveau de l'orifice, ou même avant. Les villosités fœtales ne pénètrent pas dans cet orifice. Les artères sont des canaux extrêmement sinueux, sans ramifications.

Outre les vaisseaux artériels et veineux, destinés à alimenter les espaces intervilleux, la caduque a encore des vaisseaux propres desquels naît un système de capillaires.

Au sujet du cours du sang dans le placenta, Bumm ne partage pas

la manière de voir de Kölliker, pour lequel le courant sanguin principal va de la face convexe à la face concave (choriale) du placenta et vers le bord du placenta, où il s'écoule dans le sinus terminal. Pour l'auteur, les artères étant situées sur le bord des cotylédons et les veines à leur sommet, le sang coule du bord du cotylédon à sa surface. Chaque cotylédon représente ainsi un territoire autonome du sang maternel. Il n'y a qu'au-dessous de la membrane du chorion que les différents territoires communiquent. Par l'intermédiaire des cotylédons marginaux, ces territoires sont unis au sinus terminal; ce dernier, qui peut manquer sur une plus ou moins grande longueur, ne joue dans l'écoulement du sang qu'un rôle secondaire. Le courant sanguin devient d'autant plus irrégulier et d'autant plus lent qu'on s'éloigne des artères, qu'on se rapproche par conséquent de la surface choriale; de là les dépôts de fibrine bien connus à cet endroit.

IV. — Gottschalk a examiné sur les coupes d'un œuf et de la caduque à la 5e semaine principalement la question de savoir si, dans l'union chorio-maternelle, ce sont les villosités ou la caduque qui jouent le rôle actif, ou encore si, comme le veut Leopold, les villosités et la caduque se pénètrent réciproquement. Il existe trois moyens d'union chorio-utérine : les villosités pénètrent dans les glandes, dont l'épithélium disparaît à mesure que les villosités s'enfoncent dans la lumière glandulaire; les villosités sont soudées à des végétations papilliformes de la surface de la caduque dont l'épithélium a disparu et qui sont dues à la prolifération du tissu décidual interglandulaire; d'autres villosités enfin sont enfoncées dans des dépressions de la muqueuse. Quand une villosité bifurquée pénètre dans une papille de la muqueuse, celle-ci prolifère pour remplir l'espace compris entre les branches de bifurcations de la villosité. Le tissu décidual joue donc un rôle actif au même titre que les villosités; tous deux se pénètrent réciproquement comme les doigts des deux mains enlacées. L'union des villosités avec la caduque est caractérisée pour le tissu décidual par l'existence de grandes cellules géantes, pour les villosités par l'élargissement de leur extrémité et la prolifération de l'épithélium, qui, loin de se détruire, forme une masse protoplasmatique riche en noyaux.

Les vaisseaux de la caduque sont dilatés. En approchant de la surface placentaire, ces vaisseaux n'ont plus de paroi vasculaire du côté placentaire, mais l'ont conservée du côté utérin; du côté placentaire, l'endothélium ayant disparu, le vaisseau est limité directement par les cellules déciduales. On doit voir dans ce processus la première ébauche de la formation des espaces intervilleux. La villosité trouve, là où la paroi vasculaire est détruite, une porte ouverte pour pénétrer librement dans le sang; les espaces intervilleux sont donc des lacunes privées d'endothélium.

V. — Peu de temps après la fixation de l'œuf, l'épithélium utérin se détruit. Il se forme, par un processus particulier, une sorte de caduque réfléchie.

L'œuf est soudé avec la muqueuse du placenta par le suspenseur, et toute la face interne de la muqueuse est recouverte par les *cellules recouvrantes* ectodermiques et par les *cellules du sac vitellin*, comme l'a montré Selenka. Les cellules utérines les plus voisines de l'œuf

s'agrandissent et se transforment en une sorte de réseau protoplasmatique dont les mailles sont remplies par le sang maternel, venu des vaisseaux utérins plus profonds. Au niveau du suspenseur, on trouve la couche des grandes cellules déciduales immédiatement au-dessous de celui-ci. Le tissu du suspenseur consiste en cellules nettement délimitées, qui se distinguent bien des cellules déciduales renfermant 2-4 noyaux.

Dans le stade suivant pénètrent dans le placenta les villosités choriales avec leurs vaisseaux et leur mésoderme allantoïdiens. Leurs cellules épithéliales, en même temps que celles du suspenseur, perdent leurs limites et se transforment en un syncytium, comme l'ont vu de nombreux auteurs. En même temps de par l'envahissement du placenta par les villosités se trouvent comprimées les cellules déciduales et les espaces sanguins compris entre elles.

Aux stades ultérieurs les vaisseaux fœtaux prennent une disposition radiée régulière et sont séparés les uns des autres par le tissu qui renferme les vaisseaux maternels. Ceux-ci perdent leur endothélium, de sorte qu'ils se trouvent compris dans les malles du réseau syncytial. Le tissu mésodermique des villosités disparaissant à son tour, le sang fœtal n'est séparé du sang maternel que par la couche syncytiale et une mince paroi endothéliale fœtale.

VI. — On sait que les deux pôles de l'œuf du chien demeurent libres dans la cavité utérine, le placenta étant de forme zonaire. Dans la région placentaire les ouvertures de la plupart des glandes utérines sont obturées, dès avant la fixation de l'ectoblaste à l'utérus, par une couche connective que recouvre un épithélium. La fusion de l'ectoblaste avec la surface utérine est dans cette zone extrêmement intime. Au bord du placenta au contraire persistent quelques espaces vides entre l'ectoblaste et la paroi utérine; c'est dans ces espaces et aussi entre les glandes utérines voisines et l'ectoblaste que s'accumule du sang maternel dès le 22e ou 23e jour de la gestation. Une partie des globules rouges est bientôt absorbée par les cellules ectoblastiques de l'enveloppe séreuse, qui reposent extérieurement sur l'extravasa; en même temps paraît une matière colorante verte, située tant dans la masse de l'extravasa que dans les cellules ectoblatiques mêmes. Quant à savoir quel est le mode de production de cette substance, cela est impossible à l'auteur. Il ne peut davantage s'expliquer sur la nature et le but du processus qu'il vient de décrire; tout au plus ce phénomène peut-il être rapproché de l'absorption du lait utérin par les cellules ectoblastiques des ruminants et de celle des particules vitellines par les cellules fœtales de tous les œufs méroblastiques. L'extravasa vert forme un anneau qui entoure le placenta; cet anneau s'agrandit de plus en plus. En même temps, l'ectoblaste, qui jusqu'alors passait sur la surface externe de l'extravasa sans s'y enfoncer, commence à pousser dans la masse de sang extravasé des prolongements villeux dans lesquels pénètrent ensuite le tissu conjonctif et les vaisseaux allantoïdiens.

VII. — Bischoff a découvert dans le placenta de la loutre, et aussi de la fouine, de la martre et de la belette une poche remplie de sang et d'hématoïdine. Strahl a fait sur le placenta du furet une constatation semblable. Si l'on ouvre un renflement utérin, du côté antimésométrial, on voit une tache rouge brun arrondie, à surface irrégulière. Cette tache est due à la pré-

sence du sang, non point fœtal, mais maternel, épanché entre l'enveloppe séreuse de l'œuf et la paroi utérine. Il s'est fait là un processus identique à celui que Lieberkühn et l'auteur ont décrit chez le chien; il n'y a de différence que dans la position de l'extravasa par rapport au reste du placenta.

Le placenta est d'ailleurs assez semblable à celui du chien, la couche glandulaire spongieuse manque ici; par contre, il eixste un syncytium, que l'on a décrit généralement comme un matériel cellulaire maternel en voie de destruction, destiné à servir d'alimentation aux villosités fœtales. Le placenta du furet est particulièrement propre à autoriser cette dernière manière de voir.

VIII. — Les recherches de Strahl sur le mode de fixation de l'œuf à la paroi utérine ont eu pour point de départ ce fait que, chez le lapin, le *bourrelet ectodermique* se compose de deux couches qui diffèrent par leur aspect et leur coloration, la couche profonde seule étant semblable sous ce rapport à l'ectoderme embryonnaire. Ces recherches, qui seront continuées, portent sur le lapin, la taupe, le chien.

1° *Lapin.* — Quand on examine le bourrelet ectodermique en place, on constate que sa couche superficielle n'est autre que la continuation de la paroi utérine, et se trouve formée par la végétation de cette paroi, qui, du même coup, a déterminé l'occlusion des glandes utérines et la fixation de la paroi utérine à l'ectoderme. Cette fixation ne se fait au début que dans une région très circonscrite, correspondant au bourrelet ectodermique; mais de là elle progresse en avant et sur les côtés. Il en résulte une lame de tissu utérin très étendue, fixée à l'ectoderme, et rattachée à l'utérus dans la région seule d'où elle est partie. Il suit de ce processus que l'ectoblaste ne peut pénétrer dans des glandes utérines ouvertes, puisque celles-ci sont fermées de par ce processus de végétation; les villosités ectoblastiques seront reçues dans des dépressions utérines de formation secondaire. La région de première fixation de l'œuf à l'utérus, c'est-à-dire la région du bourrelet ectodermique, examinée à un plus fort grossissement, montre les détails suivants : la lame utérine de prolifération est une masse protoplasmique semée de noyaux; la lame ectoblastique offre de nombreuses mitoses, surtout du côté utérin; enfin la coalescence des deux tissus utérin et ectodermique ne se fait pas d'une façon continue, mais seulement par des ponts entre lesquels se trouvent des lacunes qui séparent les deux tissus.

2° *Taupe.* — Ici, il ne se fait pas, comme chez le lapin, de prolifération de l'épithélium utérin; mais dans la région placentaire aussi bien que dans la partie extraplacentaire de la paroi utérine, l'épithélium demeure avec ses caractères primitifs et s'accole simplement à l'ectoblaste. La zone placentaire de la muqueuse utérine se caractérise par un épaississement considérable du tissu conjonctif. Ici aussi, la pénétration des villosités choriales dans les cavités glandulaires doit être niée. A propos de l'insertion antimésométriale de l'œuf de la taupe, l'auteur fait ressortir quelles sont les conséquences de cette disposition à l'égard de la formation de l'amnios. Chez le lapin comme chez la taupe, la surface utérine où s'insère l'ectoblaste se régularise et s'aplanit, par disparition des orifices glandulaires; mais il y a entre les deux cette différence que la régularisation se fait chez le lapin en ce que c'est l'épithélium même qui,

proliférant, fournit une lame plane, tandis que chez la taupe l'épithélium est étalé à plat par une prolifération du tissu conjonctif sous-jacent.

3° *Chien.*—Chez la chienne non gravide, l'auteur confirme l'existence, outre les glandes, des cryptes de Sharpey et Bischoff. Sur l'utérus gravide, l'orifice de ces cryptes se montre oblitéré par du tissu conjonctif qui a proliféré, tandis que les glandes demeurent ouvertes. Ces dernières sont tapissées par un épithélium qui va diminuant de hauteur vers l'orifice, où il se confond même avec le tissu conjonctif voisin et devient méconnaissable. L'épithélium de la surface utérine subit les mêmes transformations. L'ectoblaste et l'épithélium utérin s'appliquent face contre face; leur surface de contact est en général plane et régulière. Cependant, au niveau des glandes, qui sont restées ouvertes, l'ectoblaste peut s'enfoncer en se confondant avec la paroi épithéliale glandulaire. En somme le fait essentiel, constaté chez le lapin et la taupe, se retrouve chez le chien; il consiste en l'aplanissement de la surface utérine par un processus, qui est ici mixte, dû tout à la fois à la prolifération du tissu conjonctif et à celle de l'épithélium utérin.

IX. — Heinricius a étudié en même temps que Lieberkühn, et d'une façon indépendante, le placenta du chien. Au niveau de la région placentaire, la muqueuse utérine se partage en trois couches : une couche glandulaire reposant sur la musculeuse, une couche conjonctive muqueuse et une couche glanduleuse très développée. Cette dernière seule prend part à la formation du placenta; les glandes qui la constituent se dilatent considérablement dans leur partie profonde, annihilant presque les septa conjonctifs qui les séparent. A ce stade l'ectoderme fœtal est encore lisse et plane, non villeux; partout où il recouvre la muqueuse utérine, l'épithélium de cette dernière a disparu. Les villosités choriales paraissent ensuite; elles ne pénètrent pas dans les culs-de-sac glandulaires, mais dans le tissu conjonctif utérin sous-jacent à l'épithélium disparu (contrairement à Fleischmann). Dans la zone glandulaire envahie par les villosités, les cellules glandulaires s'hypertrophient, paraissent servir d'aliment aux cellules fœtales; les glandes elles-mêmes se détruisent et perdent leur lumière. Les villosités sont incluses dans un véritable syncytium semé de grands noyaux.

Autour du placenta règnent les *sinus latéraux* remplis de sang et d'une matière colorante verte. A ce niveau, l'épithélium chorial est pourvu de villosités; ses cellules sont modifiées, plus grandes, et renferment des globules sanguins, principalement dans leur portion tournée vers le sinus latéral. L'épithélium chorial paraît donc avoir la faculté, là où il confine au sinus latéral, d'absorber des corpuscules du sang, et de les transformer en vue de les utiliser comme aliment. Quand les villosités se sont enfoncées dans les dilatations profondes des glandes, leur épithélium se modifie dans le même sens qu'au niveau du sinus latéral, en même temps que des cellules de la paroi glandulaire se détachent des masses arrondies de protoplasma, constituant une sorte de lait utérin que les cellules choriales pourront absorber. A. PRENANT.

Ueber den Bau der menschlichen Placenta (Structure du placenta humain), par L. BLOCH (*Broch. Zurich et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, p.* 50; 1890).

Contrairement à Ruge, Bloch a toujours trouvé du sang, uniformément réparti, entre les villosités, même les plus serrées.

Bloch a pu établir les rapports existant entre les vaisseaux maternels et les espaces intervilleux. Les artères parcourent directement les grands espaces entre les villosités, en ne donnant que pas ou peu de rameaux latéraux, et sans former de capillaires. Il existe donc une circulation maternelle intervilleuse, les artères amenant le sang et les veines l'emmenant.

En ce qui concerne la hyaline ou fibrine canalisée, Bloch adopte la manière de voir de Langhans (*R. S. M.*, XII, 39).

Les cônes de la caduque sont composés de tissu conjonctif et de cellules de la caduque; ils constituent des travées venues de la caduque inter-utéro-placentaire, qui traversent le placenta, pour se terminer dans le tissu cellulaire entre le chorion et l'amnios. Ces cônes ne contiennent des vaisseaux maternels qu'à leur origine, plus tard ils ne renferment pas de vaisseaux.

Le tissu trabéculaire fœtal se compose uniquement de tissu conjonctif qui contient des vaisseaux fœtaux relativement nombreux.

Les deux espèces de cônes fusionnent entre eux et contribuent ainsi essentiellement à la fixation des éléments des tissus placentaires.

J. B.

Die Körperform menschlicher normaler und pathologischer Embryonen (La forme du corps chez les embryons humains normaux et pathologiques), par KOLLMANN (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth. Suppl. Band*, 1889).

Après avoir insisté sur la nécessité qu'il y a d'étudier la forme extérieure des embryons humains, en somme encore mal connue à l'heure actuelle, Kollmann décrit trois embryons, l'un normal, les deux autres pathologiques.

Le premier embryon, embryon de Bulle (du nom de la localité d'où il provient) a 2, 5 millimètres. Le corps est rectiligne, la tête est allongée, obtuse; au côté ventral, on aperçoit le tube cardiaque déjà incurvé. La gouttière médullaire est complètement fermée dans le segment postérieur du tronc et ouverte en avant (comme chez l'embryon de Spee et chez l'embryon L de His). Il n'y a pas trace de nerfs médullaires, seule l'ébauche des ganglions spinaux est constituée. On peut compter 13 métamères. Pas d'arcs branchiaux. Les vésicules cérébrales sont à peine indiquées. Pas d'ébauche oculaire. La dépression buccale ne communique pas encore avec le pré-intestin.

Relativement aux rapports et aux annexes de cet embryon, il faut noter que la vésicule ombilicale est vide, comme ratatinée. Malgré cela, elle est plus volumineuse que l'embryon lui-même et mesure 3 millimètres de long. Le sac amniotique est complètement clos et adhère lâchement au chorion par de fines brides filamenteuses. Ces deux circonstances (vacuité de la vésicule ombilicale et adhérences amnio-choriales) sont vraisemblablement d'ordre pathologique. A signaler en passant la précocité de la fermeture de l'amnios. Le pédicule abdominal (Bauchstiel) est très

court et sans aucune relation avec l'amnios. Pas la moindre trace d'allantoïde libre. D'après les données connues, l'âge de l'embryon de Bulle peut être évalué à 13 ou 14 jours.

Embryon n° 17 (pathologique). — Ses caractères principaux se résument ainsi : longueur 3, 3 millimètres ; hydropisie du cœlome, cavité amniotique dilatée ; extrémité caudale en forme de moignon ; pédicule cutané (Hautstiel) inséré sur le bord médian de l'ombilic cutané. Aucune relation entre l'embryon et le chorion. Vésicule ombilicale reliée au tube digestif par un pédicule très long, aplati. Métamérisation du tronc méconnaissable. On peut évaluer approximativement l'âge de cet embryon à 20 ou 25 jours.

Embryon n° 18 (pathologique). — Longueur 3,5 millimètres. Ectopie partielle du cœur. Extrémité caudale allongée, enroulée en spirale ; amnios dilaté ; tête et vésicules oculaires atrophiées ; cavité péritonéale large, sacciforme et largement ouverte. L'ébauche des membres supérieurs fait défaut. Chacun de ces vices de conformation est décrit en détail, l'auteur insistant particulièrement sur la dilatation de la moitié gauche de la cavité péritonéale et sur la forme de la queue. La comparaison de ces trois embryons entre eux et avec celui de v. Preuschen termine le travail. Kollmann montre que l'embryon de v. Preuschen n'est pas, ainsi que le croit cet auteur, plus jeune que d'autres qui certainement ne montraient pas d'allantoïde libre, et surtout que cet embryon n'est pas normal. La question de la non-existence d'une allantoïde libre chez l'homme lui paraît définitivement jugée par l'embryon de Spee (voir *R. S. M.*, XXXV, 420). A. NICOLAS.

Bemerkungen über den neuesten Versuch einer Lösung des Wirbelthierkopf-Problems (Remarques sur le plus récent essai d'une solution du problème de la tête des vertébrés), par DOHRN (*Anat. Anz.*, n°s 2-3, 1890).

Dohrn s'élève contre la solution que C. Rabl, en un travail récent (voy. *R. S. M.*, XXXV, 3), pense pouvoir donner du problème de la tête des vertébrés. La tête des embryons de sélaciens n'est pas formée, comme le veut Rabl, de deux régions différentes : l'une postérieure, constituée comme le tronc dont elle est un simple prolongement et métamérisée comme lui ; l'autre antérieure, surajoutée et d'organisation particulière. L'un des principaux arguments que fait valoir Rabl à l'appui de son opinion, à savoir le mode d'origine différent des nerfs trijumeau et facial qui appartiennent à la tête antérieure, et des nerfs glosso-pharyngien et vague qui font partie de la tête postérieure, ne répond pas à l'observation des faits. Ces nerfs naissent en effet tous de la même façon, aux dépens de la « bandelette ganglionnaire ». Mais ce n'est pas le tube médullaire qui, en bourgeonnant, donne, par l'intermédiaire de cette bandelette, les racines nerveuses dorsales qui contribuent à la formation des nerfs vague, glosso-pharyngien, acoustico-facial et trijumeau. Conformément aux recherches de His, ces racines naissent au contraire des ganglions formés par la bandelette, et secondairement atteignent, par un trajet centripète, le tube médullaire, dans lequel elles s'enfoncent en y produisant une métamérisation, pareille par son mode de production et sa disposition à celle que présente la partie spirale du tube nerveux chez les embryons de *Mustelus*. Dohrn discute la question de savoir si les nerfs

moteurs de l'œil doivent être considérés comme des nerfs secondairement dérivés du trijumeau, et montre que cette manière de voir due à Rabl ne résout pas la question de la signification de ces nerfs. Il se demande ensuite si l'hypoglosse doit être considéré comme un nerf autonome, ou bien s'il représente simplement les branches ventrales, motrices, du vague.

Il termine en annonçant un travail d'ensemble intitulé : « Nouvelles bases d'une critique de la métamérie céphalique. » A. PRENANT.

Theorie des Mesoderms, par C. RABL (*Morph. Jahrbuch, Band XV, Heft* 2; 1889).

La première partie de ce travail a été analysée tome XXXV, page 3. La seconde est consacrée à l'étude des différenciations du mésoderme, et aussi à des questions connexes, telles que l'origine des nerfs crâniens, celle du cœur.

Relativement à l'origine du cœur, Rabl n'est arrivé à aucun résultat pleinement satisfaisant; il a vu, comme Rückert, les premières cellules endothéliales, « cellules vasculaires » de Rückert, sans pouvoir connaître leur provenance.

L'étude de l'origine des nerfs crâniens est menée de front avec celle du mésoderme céphalique. Toutes deux conduisent l'auteur à une solution du problème de la métamérie céphalique, qui est la suivante. Il y a lieu, suivant Rabl, de distinguer dans la tête des vertébrés deux parties ontogénétiquement et phylogénétiquement différentes : une antérieure, plus grande, non segmentée, et une petite, postérieure, segmentée. La limite de ces deux parties répond à la vésicule auditive. Le mésoderme de la partie antérieure peut se diviser en quatre segments ou somites céphaliques antérieurs, dont Rabl indique en détail le mode de formation; mais ces soi-disant somites ne sont pas comparables à ceux de la partie postérieure de la tête et à ceux du tronc; ce ne sont pas, malgré les assertions de van Wijke, que Rabl réfute, de véritables segments primitifs; leur mode de formation et leur constitution le prouvent. Ce mésoderme non véritablement segmenté de la tête antérieure des crâniotes peut être comparé au prolongement antérieur du premier segment primitif que l'on connaît chez l'amphioxus. Ce prolongement demeure chez l'amphioxus très petit, en rapport avec le très faible développement de la région céphalique, au lieu que chez les crâniotes le puissant développement de la tête entraîne celui du mésoderme correspondant. Il existe dans la tête antérieure, entre le nerf olfactif et le nerf optique, deux nerfs primaires : le trijumeau et le facial; les nerfs des muscles de l'œil dérivent vraisemblablement du trijumeau et les muscles de l'œil eux-mêmes proviennent de la musculature viscérale, innervée par le trijumeau, qui entre dans la constitution des arcs branchiaux. Les nerfs trijumeau et facial méritent d'être absolument distingués de ceux qui les suivent dans la série des nerfs crâniens. Leur mode de formation est en effet différent. Tandis que les nerfs de la tête postérieure et du tronc se forment aux dépens d'une ébauche continue, qui n'est autre que la « bandelette ganglionnaire », le trijumeau et le facial naissent isolément. Les nerfs de la tête antérieure peuvent être homologués aux deux nerfs que l'on trouve dans la région céphalique de l'amphioxus. Tous

les nerfs qui, chez l'amphioxus, naissent derrière ceux-là sont des nerfs spinaux; sont aussi des nerfs spinaux véritables, les nerfs de la tête postérieure chez les vertébrés crâniotes. En résumé, la tête postérieure seule est le prolongement du tronc et sa copie; la tête antérieure est tout autre chose.

Rabl s'occupe ensuite de la différenciation du mésoderme du tronc et particulièrement des protovertèbres. Il décrit la formation du muscle, celle du tissu conjonctif (sclérotome), l'apparition des cellules germinatives, etc., phénomènes qu'il a déjà fait connaître antérieurement par une note publiée in *Anat. Anz.*, 1888. A. PRENANT.

Ueber die Beziehungen der Granula zum Fettansatz (Sur les rapports des « granulations » avec le dépôt de graisse dans les cellules), par R. METZNER (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abath., Heft* 1 *et* 2; 1890).

Les éléments spéciaux décrits pour la première fois par Kölliker dont sont constitués les organes adipo-formatifs que l'on rencontre dans certaines régions chez les jeunes chats et les jeunes chiens sont particulièrement favorables à l'étude du dépôt de la graisse dans les cellules.

L'auteur fixe de petits fragments de ces organes sous-cutanés par un mélange à parties égales de bichromate de potasse à 5 0/0 et d'acide osmique à 2 0/0. Les coupes sont colorées par la fuchsine acide ou examinées telles quelles. Chez des animaux nouveau-nés et qui n'ont pas encore teté, les cellules sont farcies de granulations colorées en rouge intense (ce sont les « granula » ou « bioblastes » d'Altmann) et ne renferment pas trace de graisse. A partir de la 12e heure chez l'animal nourri avec du lait, on constate à côté des grains rouges d'autres dont la coloration varie du gris pâle au noir foncé. Après 30 heures, les grains noirs se sont fusionnés entre eux pour former des gouttelettes plus ou moins volumineuses. Au bout de 2 à 6 jours les grains et gouttelettes noirs dominent de plus en plus au détriment des grains rouges, qui ont presque totalement disparu. On peut, en s'adressant à des animaux jeunes et dont les cellules sont encore peu graisseuses, faire disparaître cette graisse en faisant jeûner l'animal. Les cellules se montrent alors derechef remplies de grains rouges à l'exclusion des grains noirs.

Dans le foie des embryons de poulet, la graissification des cellules s'opère encore aux dépens des « granulations » d'Altmann, mais par un processus différent. Au lieu que ces granulations deviennent graisseuses d'emblée dans toute leur masse, elles réduisent d'abord l'acide osmique par leur périphérie, de manière à montrer des anneaux dont la lumière va en se réduisant de plus en plus au fur et à mesure qu'on s'adresse à des stades plus avancés.

L'auteur a examiné également des foies de triton et, conformément aux observations d'Altmann, a trouvé que chez les animaux à sang froid les grains graisseux ne montrent aucune tendance à devenir confluents. A l'état pathologique (intoxication de grenouilles par le phosphore), les « granulations » jouent le même rôle et la graisse se manifeste suivant le même mode que celui qui vient d'être décrit.

Ces observations tendent donc à prouver que le dépôt de la graisse dans les cellules s'exécute dans les « granulations ou bioblastes » d'Altmann et aux dépens de leur propre substance. A. NICOLAS.

Notiz über vitale Reaction der Zellgranula nach subcutaner Methylenblau-injection (Note sur la réaction à l'état vivant des « granulations » cellulaires après injection sous-cutanée de bleu de méthylène), par H. KUHN (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth., Heft* 1 *et* 2; 1890).

Après des injections de fortes doses (jusqu'à 3 centimètres cubes de solution concentrée) de bleu de méthylène dans le sac lymphatique dorsal de grenouilles, les « granulations d'Altmann » se colorent (généralement au bout de 1 jour à 1 jour 1/2 et après plusieurs injections). C'est principalement celles de l'épithélium rénal qui montrent la réaction la plus accentuée. Dans le foie et dans l'intestin, on n'en rencontre pas. Dans ce dernier organe, les cellules migratrices seules renferment des grains bleus. A. NICOLAS.

Eine neue Imprägnationsmethode... (Nouvelle méthode d'imprégnation des tissus par le bleu de méthylène), par A. DOGIEL (*Arch. f. mik. Anat., XXXIII, Heft* 4).

Cette nouvelle méthode peut remplacer avantageusement dans beaucoup de cas l'imprégnation par les sels d'argent. Elle consiste à immerger les tissus (membranes conjonctives ou enveloppes séreuses) dans une solution à 4 0/0 de bleu de méthylène dans de l'eau salée à la dose physiologique. On les y laisse de 10 à 30 minutes, suivant qu'on désire obtenir seulement les limites des cellules endothéliales ou qu'on cherche une image négative des canaux du suc et des vaisseaux. Dans ce dernier cas, il faut prolonger le séjour dans la matière colorante. Au sortir du bain on lave soigneusement la pièce dans une solution saturée de picrate d'ammonium, pendant une demi-heure ou plus, puis on monte dans la glycérine étendue d'eau ou dans une solution saturée de picrate d'ammonium dans la glycérine. A. NICOLAS.

Zwei Methoden zur Tinction der Gallencapillären... (Deux méthodes de coloration des capillaires biliaires et des fibres intralobulaires du foie), par C. v. KÜPPFER (*Münch. med. Woch.*, 5 *novembre* 1889).

Voici la méthode pour les capillaires biliaires :

On prend de petits morceaux de foie frais, ne dépassant pas un centimètre cube, et on les laisse trois jours dans le liquide suivant : solution à 3 0/0 de bichromate de potasse, 4 volumes; solution à 1 0/0 d'acide borique, 7 volumes. On les plonge ensuite 24 à 48 heures dans une solution aqueuse à 3/4 0/0 de nitrate d'argent. On lave à l'eau distillée et on durcit à l'alcool. Les capillaires biliaires deviennent ainsi très visibles sur les coupes entières, grâce à un fin dépôt de chromate d'argent.

Voici la méthode pour les fibres intralobulaires : les fragments de tissu hépatique, après avoir été plongés 48 heures dans une solution d'acide chromique à 1/2 0/0, sont mis pendant 72 heures dans une solution aqueuse de nitrate d'argent à 3/4 0/0. On lave à l'eau distillée (pendant plusieurs heures) et on durcit à l'alcool. P. TISSIER.

I. — Notiz sur Färbung von Gehirnschnitten (Note sur la coloration des coupes

de cerveau), par B. BAGINSKY (*Berliner klinische Wochenschrift*, 30 *décembre* 1889).

II. — Una modificazione al metodo Weigert per la colorazione dei centri nervosi, par G. VASSALE (*Rivista sperimentale di Freniatria, t. XV, p.* 102).

I. — Pour les coupes du cerveau qui, durcies dans le liquide de Müller, ont séjourné longtemps dans l'alcool et se différencient mal par les procédés de coloration de Weigert et de Pal, Baginsky préconise l'imprégnation préalable au cuivre de Weigert, avec la coloration consécutive d'après Pal. On obtient ainsi, pour de vieilles coupes, une coloration presque aussi bonne que celle obtenue à l'état frais, par la méthode de Pal. J. B.

II. — Les coupes après durcissement dans le bichromate et l'alcool sont portées 3 à 5 minutes dans une solution faite à chaud de 1 gramme d'hématoxyline dans 100 grammes d'eau distillée ; puis dans une solution saturée et filtrée d'acétate neutre de cuivre ; on les lave alors rapidement à l'eau et on les met dans la solution décolorante composée de : borax, 2 grammes ; prussiate rouge de potasse, 2gr,5 ; eau, 300 grammes. — On lave dans l'eau et on monte dans le baume. P. MARIE.

Ueber eine neue Färbungsmethode des centralen Nervensystems und deren Ergebnisse bezüglich des Zusammenhanges von Ganglienzellen und Nervenfasern (Sur une nouvelle méthode de coloration du système nerveux), par Paul FLECHSIG (*Archiv für Physiologie, p.* 536; 1889).

Les fragments de tissu durcis dans la solution de chromate de potassium à 2 0/0 sont débités en tranches de 5/100 millièmes ou moins. Les tranches séjournent d'abord dans l'alcool à 96 0/0, puis pendant 3 à 8 jours dans une solution d'hématoxyline (Rothholzextract) à la température de + 35°. On les lave à l'eau, puis on les décolore par le procédé de Pal. Chaque coupe est à cet effet placée dans 3 centimètres cubes d'une solution de permanganate de potassium à 1/4-1/5 0/0 et y reste jusqu'à ce que la solution ait perdu son ton bleuâtre ; on traite ultérieurement par la solution décolorante (eau distillée 200, acide oxalique 1, sulfate de potassium 1) et au besoin on recommence le traitement par le permanganate et la solution décolorante. L'auteur donne la formule de V. Branca pour la préparation de la solution d'hématoxyline.

Les coupes sont ensuite placées dans 20 centimètres cubes d'alcool absolu additionné de 5 gouttes d'une solution à 1 0/0 de chlorure d'or et de potassium, jusqu'à ce qu'elles se soient colorées en noir foncé et que les faisceaux rouges de fibres nerveuses aient pris un ton bleuâtre. On lave rapidement dans 10 grammes d'eau distillée additionnée d'une goutte de solution de cyanure de potassium à 5 0/0. On déshydrate à l'alcool absolu imprégné d'huile de lavande pure, et monte dans le baume de Canada. Les fibres nerveuses sont colorées en rouge carmin ; les cellules ganglionnaires ainsi que leurs prolongements, en noir foncé.

L'auteur a étudié, au moyen de cette méthode, l'écorce des circonvolutions centrales et les environs de la fissura calcarina. Nulle part il n'a pu constater le passage des prolongements protoplasmatiques au réseau des fibrilles nerveuses. Le prolongement à cylindre d'axe, après s'être

aminci, se divise généralement en T (comme pour les cellules des ganglions spinaux). Les branches de division s'entourent de moelle. Sur des préparations provenant des lobes occipitaux, on voit le cylindre d'axe se subdiviser en trois fibres, chacune de celles-ci fournissant des branches de subdivision (quelques-unes en T). Au contraire, certains cylindres d'une des circonvolutions centrales ne montrent pas de division ; peut-être la division se fait-elle beaucoup plus loin. En général, les filets nerveux provenant des cylindres d'axe s'entourent de moelle et *ne* paraissent pas communiquer avec le réseau des plus fines fibrilles sans moelle. LÉON FREDERICQ.

Weiterer Beitrag zur Kenntniss der Golgis'chen Untersuchungsmethode des centralen Nervensystems (Nouvelle contribution à l'étude du procédé de Golgi), par GREPPIN (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth. Suppl. Band*, 1889).

On sait que la méthode de Golgi consiste essentiellement à immerger dans une solution de nitrate d'argent des fragments de centres nerveux qui ont séjourné un temps déterminé dans du liquide de Müller. Le nitrate d'argent se réduit alors au niveau des différents éléments qui se trouvent dessinés en noir avec une netteté remarquable. Greppin a imaginé le perfectionnement suivant. Après avoir soigneusement lavé à l'eau distillée les coupes argentées, on les porte pendant 30 à 40 secondes dans une solution aqueuse à 10 0/0 d'acide bromhydrique. Les préparations ainsi traitées sont très stables, elles supportent très bien le couvre-objet (ce qui n'est pas le cas pour les coupes traitées suivant la technique de Golgi), et de plus peuvent être ensuite soumises à l'action de divers réactifs sans que la netteté des images en souffre. A ce point de vue, l'auteur a expérimenté : 1° l'action de la lumière solaire ; 2° l'acide bromhydrique en solution à 40 0/0 qui dissout partiellement le dépôt d'argent et permet d'étudier le mode d'action de la méthode de Golgi ; 3° la méthode de coloration de Weigert modifiée par Pal, qui colore les tubes nerveux à myéline. Cette méthode est trop longue pour pouvoir être exposée ici ; 4° les divers colorants usuels (carmin, safranine, etc.). Enfin Greppin s'est servi également des autres procédés indiqués par Golgi lui-même : immersion dans le bichlorure de mercure après séjour des pièces dans le bichromate, et d'autre part addition d'acide osmique à la solution de bichromate.

Grâce à de nombreux essais au moyen de ces méthodes variées, l'auteur a pu non seulement obtenir les images décrites par Golgi, mais encore les interpréter. Pour lui, la coloration est le résultat de la formation d'un sel d'argent *autour* des vaisseaux et des éléments cellulaires (ganglionnaires ou névrogliques) et *dans* la substance même de ceux-ci.

Elle met en évidence, par conséquent, les espaces péri-vasculaires, péri-cellulaires et péri-fibrillaires, interprétation déjà proposée par Rossbach et Sehrwald, en même temps que les éléments figurés avec leurs plus petites ramifications. Fait important, Greppin n'a jamais pu constater la continuité d'une fibre à myéline soit avec un prolongement ramifié (dit protoplasmique), soit avec le prolongement dit cylindre-axe d'une cellule ganglionnaire.

Les résultats obtenus par la méthode de Golgi confirment en somme

les données acquises par d'autres méthodes, soit qu'il s'agisse de la névroglie (Gierke), soit qu'il s'agisse des cellules ganglionnaires (Gerlach) ou des espaces lymphatiques péri-cellulaires décrits par His, Roth, Arndt. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Untersuchungen über den Geschmacksinn (Recherches sur le sens du goût), par Hjalmar OHRWALL (*Skand. Archiv f. Physiologie, II, p.* 1; 1890).

L'auteur distingue le goût sucré, salé, amer et acide. Il n'y a aucune transition entre ces quatre catégories de sensations : elles constituent non quatre *qualités* d'un même sens, mais quatre *modalités* (Helmholtz), c'est-à-dire quatre sens différents. L'auteur entre à ce sujet dans d'intéressantes considérations critiques et historiques. Il montre également que tous les faits connus concernant le sens du goût s'accordent avec la théorie des énergies spécifiques de J. Müller et conduisent à admettre dans ce sens quatre énergies spécifiques correspondant aux sensations sucrée, salée, amère et acide. Ses propres expériences fournissent une démonstration directe de cette doctrine classique.

En effet, l'auteur a appliqué à l'étude du sens du goût dans l'extrémité de la langue la méthode de l'excitation punctiforme que Blix avait utilisée il y a quelques années pour l'étude des sensations de chaud, de froid et de pressions dans la peau. Il est arrivé à ce résultat intéressant que les différentes papilles fongiformes de la pointe de la langue soumises une à une à l'action de solutions sucrées, acides ou amères (contact de la papille avec l'extrémité d'un tube capillaire rempli de la solution sapide), se comportent très différemment. Sur les 125 papilles examinées, 27 (21 0/0) ne fournirent que des sensations tactiles ou thermiques au contact de solutions d'acide tartrique, de quinine ou de sucre, mais se montrèrent dénuées de toute propriété gustative. Sur les 98 papilles capables de fournir des sensations gustatives (outre les sensations tactiles et thermiques) :

19 étaient sensibles à l'acide, mais non au sucre;
7 étaient sensibles au sucre, mais non à l'acide ;
24 étaient sensibles à l'acide, mais non à la quinine ;
4 étaient sensibles à la quinine, mais non à l'acide;
15 étaient sensibles au sucre, mais non à la quinine;
7 étaient sensibles à la quinine, mais non au sucre.

Les bourgeons gustatifs sensibles à l'acide, au sucre et à la quinine sont donc répartis d'une façon très inégale sur les différentes papilles fongiformes; quelques papilles (12 pour le goût acide, 3 pour le goût sucré) ne contiennent qu'une espèce de bourgeons gustatifs; d'autres (12, 7 et 4, soit 23 en tout) contiennent deux espèces de terminaisons nerveuses, tandis que le plus grand nombre (60 sur 98) présentent à la

fois les trois énergies spécifiques. L'auteur ne fait pas figurer ici les résultats des expériences faites avec des solutions salées, à cause de la difficulté plus grande que ces expériences présentent. Il est souvent impossible de décider avec certitude si une papille isolée est sensible ou non à la solution salée.

Les papilles fungiformes peu nombreuses qui se trouvent sur le milieu de la face supérieure de la langue ne possèdent aucune sensibilité gustative. On sait depuis longtemps, d'ailleurs, que le dos de la langue dans sa partie moyenne et antérieure ne contient pas de nerfs du goût; dans sa partie postérieure (au-devant des papilles caliciformes), au contraire, les papilles fongiformes présentent les quatre énergies spécifiques gustatives.

Quant aux papilles filiformes, elles ne possèdent ni la sensibilité gustative ni celle pour la pression ou la température, leur rôle est purement mécanique (formation du bol alimentaire).

L'auteur a essayé également l'excitation électrique isolée des mêmes papilles de la langue qu'il avait soumises au contact des corps sapides. Les résultats de ces expériences, tout en étant moins probants, montrent cependant une remarquable conformité avec l'hypothèse des quatre énergies spécifiques et avec les résultats d'excitation isolée des papilles au moyen des substances sapides. L'excitation électrique de certaines papilles (sensibles à l'acide) donne une sensation acide; pour d'autres, il y a développement d'un goût amer ou sucré; mais les sensations concomitantes tactiles et thermiques masquent plus ou moins les sensations gustatives.

LÉON FREDERICQ.

Sulle modificazioni quantitative della eccitabilità galvanica nervoo-muscolare in rapporto colla galvanizzazione del midollo spinale nell' uomo sano (Modifications de l'excitabilité galvanique nervo-musculaire par la galvanisation de la moelle épinière), par L. TRUCCHI (*Il Morgagni, février* 1890).

Les courants à direction centripète, agissant sur la moelle, augmentent l'excitabilité des muscles qui sont sous la dépendance du segment médullaire galvanisé. Les courants à direction centrifuge n'ont pas d'effet appréciable sur l'amplitude des contractions musculaires. L'excitation polaire des renflements cervical et lombaire et de la queue de cheval n'a aucun effet sur les muscles qui sont sous la dépendance de ces segments médullaires. Quand on veut agir au moyen de l'électricité sur des muscles dont l'excitabilité électrique est diminuée, il y a avantage à faire précéder l'électrisation du muscle par la galvanisation du segment correspondant de la moelle au moyen du courant ascendant.

GEORGES THIBIERGE.

Effetti di scervellazioni parziali e totali negli uccelli (Effets d'ablation partielle ou totale du cerveau chez les oiseaux, par rapport à la vision), par G. FASOLA (*Rivista sperimentale di Freniatria, vol. XV, fasc.* 3 *et* 4).

Il existe chez les oiseaux une sphère visuelle qui s'étend à la partie postérieure, postéro-inférieure et postéro-interne de la surface de chaque hémisphère, et qui monte du pédoncule vers la ligne médiane et en arrière, comprenant ainsi en grande partie la voûte du ventricule des hémisphères.

Cette sphère visuelle ne préside pas, comme le pense Munk, au processus tout entier de la vision centrale, et il n'est pas davantage l'unique centre dans lequel les sensations puissent se transformer en perceptions et images idéales et donner lieu à des jugements et à des impulsions volontaires correspondantes. Cette sphère est seulement le lieu où les excitations visuelles peuvent acquérir le plus grand degré d'élaboration perceptive et psychique possible chez l'animal; c'est le lieu où se complètent les processus de transformation déjà commencés dans les centres inférieurs.

Dans les centres extra-hémisphériques, contrairement à ce qui est admis par Lussana et presque tous les successeurs de Flourens, peut déjà avoir lieu, en outre d'une simple sensation, un premier degré d'élaboration perceptive des excitations sensorielles qui permette en beaucoup de cas de réagir aux excitants visuels d'une façon opportune et conforme aux circonstances, ces centres portant sur ces excitations visuelles des jugements élémentaires justes et pouvant même parfois en conserver une trace mnémonique utilisable.

Chaque sphère visuelle est en rapport fonctionnel avec les deux rétines; mais beaucoup plus avec la rétine opposée (chaque sphère innervant les segments homonymes des deux rétines) et cela implique un entre-croisement partiel des fibres optiques dans le chiasma, ou un échange des fibres dans un siège inconnu.

Il n'a pas été possible, dans les nombreuses expériences faites, de constater une trace d'autres rapports fonctionnels entre les sphères visuelles et les rétines, et non plus de ce qui a été décrit par Munk sous le nom de projection de la rétine. P. MARIE.

Ueber den Brechungsindex der lebenden Axencylinders (Sur l'indice de réfraction du cylindraxe vivant), par GROSS (*Archiv fur die gesammte Physiologie, XLVI, p.* 56).

Par des moyens appropriés l'auteur parvient à mesurer l'indice de réfraction du cylindre-axe dans un sciatique de grenouille. Il fixe sa valeur au chiffre 1,367. Il constate que dans l'état d'activité du nerf provoqué pour une excitation électrique, la valeur de cet indice n'est pas changée. A. D.

Recherches sur les effets produits par la section des vagues au-dessous du diaphragme, par ARTHAUD et BUTTE (*C. R. Soc. Biologie*, 12 *octobre* 1889).

Ces auteurs n'ont pu conserver plus de trois mois vivants des chiens ainsi opérés. La section des deux vagues, pratiquée au-dessous du diaphragme, produit des troubles trophiques dans les trois viscères abdominaux (estomac, rein, foie). De plus, à la suite de cette opération, la glycose disparaît progressivement du sang et la fonction glycogénique du foie paraît abolie. PAUL LOYE.

De la circulation à travers le trou de Botal chez l'adulte, par FIRKET (*Bull. de l'Académie royale de médecine de Belgique*, n° 1, *p.* 85; 1890).

La persistance d'une communication entre les oreillettes, le plus souvent sous forme d'une fente traversant obliquement la cloison interauri-

culaire, se rencontre chez un quart environ des sujets adultes. La dilatation d'une des oreillettes et l'augmentation de pression qui l'accompagne tendent à transformer la fente en un véritable trou. La circulation peut se faire d'une oreillette à l'autre (le plus souvent de droite à gauche) non seulement à travers le trou, mais même à travers la fente de Botal.

C'est ainsi que l'auteur, prenant toutes les précautions nécessaires pour ne pas modifier la situation des caillots pendant l'autopsie, a trouvé quatre fois la fente de Botal creusée obliquement à travers la cloison, et néanmoins remplie par une traînée fibrineuse reliant les coagulums des deux oreillettes.

Cette circulation dérivée peut transporter des fragments de thrombus ou de tumeurs (embolies paradoxales de Zahn, etc.). Elle peut augmenter le danger d'asphyxie quand elle se fait de droite à gauche à la suite de lésions pulmonaires. Elle peut diminuer l'encombrement de la petite circulation intra-pulmonaire quand elle se fait de gauche à droite, à la suite de lésions du cœur gauche. LEFLAIVE.

Schluckact und Herzbewegung (Déglutition et mouvements du cœur), par KIRSCH (*Wien. med. Presse*, *n*° 51, *p.* 2013; 1889).

Après chaque mouvement de déglutition, il se produit immédiatement une accélération des pulsations cardiaques. Pour expliquer le fait, il faut admettre que, dans l'acte de la déglutition, les contractions de l'œsophage ou les mouvements d'ascension et de descente du larynx exercent une influence *directe* sur les branches du nerf pneumo-gastrique. De là une diminution du tonus nerveux du pneumogastrique ou bien une excitation des accélérateurs. L. GALLIARD.

De l'influence de la respiration sur la circulation artérielle, par L. SCHULMANN (*Thèse de Lille*, *n*° 39; 1887).

Chez le chien, les battements du cœur s'accélèrent et la pression monte pendant l'inspiration, et inversement pendant l'expiration. Les modifications de la pression et du pouls restent les mêmes quand on a éliminé les influences mécaniques par section des phréniques, ouverture du thorax et de l'abdomen. Elles sont dues à des variations périodiques de l'activité des centres cardiaque et respiratoires associés dans leurs fonctionnement, ceux-ci étant moins actifs pendant l'inspiration. Quand l'activité du centre respiratoire augmente, celle des centres modérateurs cardiaques et vaso-moteurs diminue, et inversement. Le premier, à son maximum d'activité, exerce une influence inhibitrice sur les autres. Les courbes de Traube-Hering sont dues à des chutes périodiques de la pression. Les influences mécaniques deviennent prépondérantes pendant les efforts d'inspiration et modifient le type normal. A. D.

Weitere Mittheilungen über Gefässbewegungen (Nouvelles communications sur des mouvements musculaires), par G. BURCKHARDT (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.*, *Band XX*, *Heft 3*, *p.* 605).

Après avoir fait la critique des diverses interprétations qu'on a données du tracé sphygmographique du pouls, l'auteur signale l'influence qu'exercent sur ce tracé le cœur, les muscles du squelette, les tuniques

élastiques et musculaires des vaisseaux artériels. Pour obtenir une représentation graphique exacte du pouls, il faut que les tracés soient pris en différentes régions du corps.

Eu égard au siège des centres vaso-moteurs, l'auteur pense que la moelle seule renferme des centres distincts et séparés les uns des autres, présidant aux mouvements des différents départements vasculaires de la périphérie. Le centre vaso-moteur bulbaire aurait pour unique rôle de maintenir la pression sanguine au niveau convenable, en opposant la contraction de certains départements vasculaires à la distension de tels autres.

Les modifications de la courbe respiratoire, décrites par Mosso, et qui consistent dans des variations rythmiques d'amplitude croissante et décroissante, ont été constatées par l'auteur chez des sujets sains endormis, et aussi dans un cas de paralysie avec embolie pulmonaire.

Dans la pensée de l'auteur, la compensation qui s'établit entre différents districts vasculaires, et qui rentre dans les attributions du centre vaso-moteur bulbaire, ainsi qu'il vient d'être dit, cette compensation ne s'effectue plus dans les cas de folie dite circulaire. Cette hypothèse a suggéré à l'auteur l'idée d'administrer de la strychnine et de l'acétate de plomb à des déments affectés d'une de ces formes de psychose. Burckhardt relate plusieurs cas où ces essais thérapeutiques ont donné de bons résultats. L'acétate de plomb, notamment, paraît être indiqué surtout dans les cas de folie furieuse.

L'auteur n'a pas pu constater de rapport fixe entre une forme déterminée de démence et les caractères du tracé sphygmographique du pouls. E. RICKLIN.

Beiträge zur Kenntniss des arteriellen und venösen Blutes verschiedener Gefässbezirke (Composition du sang artériel et veineux dans différents départements vasculaires), par F. KRÜGER (*Zeitschrift für Biologie, XXVI, p.* 452).

F. Krüger a exécuté lui-même ou fait exécuter par ses élèves un grand nombre d'analyses comparatives de sang artériel et de sang veineux de chat (détermination de l'hémoglobine au moyen du spectrophotomètre de Hüfner, détermination en poids de la fibrine et du résidu sec du sang et du sérum, poids spécifique). Il formule de la façon suivante les résultats généraux de ces recherches :

1° La proportion de résidu sec et d'hémoglobine est la même dans le sang de la carotide et dans celui de la jugulaire ;

2° La moindre stase sanguine, quelque passagère qu'elle soit, dans un département vasculaire, augmente immédiatement la proportion d'hémoglobine et de résidu sec dans le sang de ce département ;

3° Ordinairement il y a une différence dans la proportion de résidu sec du sang des vaisseaux afférents et efférents du foie, tantôt en faveur des vaisseaux afférents, tantôt en faveur des vaisseaux efférents ;

4° Le sang de la grande veine mésentérique est plus pauvre en hémoglobine et résidu sec que celui de la veine porte ou de la veine splénique ;

5° Le sang de la veine splénique est ordinairement plus riche en hémoglobine et en résidu sec que le sang artériel ; cependant l'inverse se montre parfois. La proportion de fibrine est la même des deux côtés.

Le poids spécifique et la proportion de résidu sec sont tantôt plus élevés dans le sang défibriné de la veine, tantôt plus élevés dans le sang de l'artère. Pour le sérum des deux sangs, au contraire, le poids spécifique et le résidu sec sont constamment plus élevés dans le sang de l'artère;

6° La rate est à la fois un lieu de destruction et un lieu de formation de l'hémoglobine;

7° Le sang de la veine rénale est plus pauvre en hémoglobine et en résidu sec que le sang artériel. La proportion de fibrine, de résidu sec et le poids spécifique du sang et du sérum sont toujours plus faibles pour la veine rénale que pour l'artère;

8° Le rein est un lieu de destruction de l'hémoglobine.

LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber das Gesetz der Dissociation des Oxyhæmoglobin... (Sur la loi de dissociation de l'oxyhémoglobine et sur quelques questions importantes de biologie qui s'y rattachent), par G. HÜFNER (*Archiv für Anat. und Phys., phys. Abth., p.* 1 *et* 28, 1890).

II. — Ueber die Bedeutung der in der vorigen Abhandlung... (Signification des résultats précédents pour la spectroscopie et la photométrie du sang), par LE MÊME (*Ibidem*).

L'auteur a étudié chimiquement les lois de la dissociation de l'hémoglobine oxygénée et fixé la part qui revient dans ce phénomène à la température de la solution, ainsi qu'à la pression du gaz extérieur. On peut tirer de là l'explication physique de beaucoup de phénomènes, par exemple de ceux qu'a étudiés Christian Bohr sur le sang défibriné, — de la tension des rapports de l'hémoglobine et de l'oxyhémoglobine dans le sang — de l'oxygène dans le plasma, des phénomènes asphyxiques, du mal des montagnes et de la respiration lorsque la dépression atteint la moitié de la pression normale, enfin de la composition du gaz de la vessie natatoire des poissons.

A. D.

Untersuchungen über den Puls (Recherches sur le pouls), par M. v. FREY et L. KREHL (*Archiv für Anat. und Physiol., p.* 31, 1890).

Les auteurs ont comparé, au moyen de deux manomètres, les oscillations de la pression dans le ventricule et l'oreillette à celles de l'aorte, ou celles de deux points du système artériel. Le manomètre employé est une modification du manomètre à index d'air de Fick. La durée d'une pulsation ventriculaire se divise en trois périodes; une période d'oscillation positive, une période négative, une période constante. La courbe obtenue est moins variable que celle de quelque autre partie du système vasculaire. La plupart des variétés de formes de la pulsation positive observées par Marey, Chauveau, Fick, Fredericq et Rolleston, tiendraient à la position de la sonde. Les pressions négatives se montrent même lorsque le thorax est ouvert. Il y a une véritable aspiration cardiaque, comme l'ont déjà dit Goltz et Gaule. Cette inspiration toujours réelle peut ne pas amener une pression négative si quelque autre cause agissant au même moment accroît la valeur de celle-ci. Les auteurs signalent ces causes. Quant à la troisième période de pression constante, sa durée est très variable.

Les graphiques sont identiques pour les oreillettes droite et gauche. Leur forme dépend de conditions très variables. En principe, la forme réelle est la même que pour le ventricule.

L'étude de la pression dans l'aorte montre que l'ascension est d'autant plus longue que l'intervalle des pulsations est plus grand. Les courbes présentent deux sommets, c'est-à-dire deux maxima de pression, et quelquefois un troisième. Le premier seulement provient de l'évacuation du ventricule, c'est le sommet systolique. Le second est indépendant de toute action ventriculaire : il répond à un moment où les valvules sigmoïdes sont fermées. Le temps qui s'écoule entre le commencement de la systole et l'ouverture des valvules est la durée de tension. La *durée d'évacuation* varie, en général, en sens inverse. Les soulèvements secondaires de la courbe sont dus à des ondulations réflexes. Les auteurs ont étudié préalablement cette espèce d'oscillation au moyen des circulations artificielles. A. D.

Contribution à l'étude de l'électro-physiologie, par G. WEISS (*Thèse de Paris, n° 161, Paris*, 1889).

Weiss examine les questions suivantes : des erreurs auxquelles on est exposé dans les expériences d'électro-physiologie; des excitations électriques; action du courant continu, sur les nerfs, sur les muscles; du raccourcissement galvano-tonique. Le courant continu n'agit point sur les nerfs moteurs; il produit un raccourcissement galvano-tonique en agissant directement sur les muscles. L'excitation produite est proportionnelle à l'intensité du courant, lorsqu'on est arrivé à un état permanent. Si l'on veut évaluer l'effort produit par une contraction galvano-tonique, il n'est pas besoin de tenir compte de l'effet vaincu pour le muscle, mais seulement de l'amplitude de son raccourcissement. A. D.

Della resistenza elettrica del corpo umano in condizioni normali e patologiche, par SILVA et PESCAROLO (*Rivista sperimentale di Freniatria, t. XV, p.* 190).

En outre des recherches sur la résistance électrique chez les individus normaux par lesquelles ils sont conduits à assigner un rôle important à l'épaisseur de l'épiderme et au nombre des glandes sudoripares et sébacées, les auteurs arrivent dans le domaine pathologique aux conclusions suivantes : dans la fièvre, dans les exanthèmes au moment du maximum de l'éruption, dans le diabète, chez les obèses, dans la convalescence des maladies infectieuses, et en général chez les personnes à peau sèche, la résistance électrique est grande; au contraire, celle-ci est faible et se rapproche du minimum constant chez les personnes actives, à circulation cutanée régulière, qui suent beaucoup, comme dans la maladie de Basedow. Dans l'hystérie, les auteurs n'ont pas trouvé constante l'augmentation de résistance signalée par Vigouroux. Les antipyrétiques diminuent la résistance; de même la pilocarpine, les sinapismes, les pulvérisations de chlorure de méthyle. Ces variations de la résistance dépendent des modifications déterminées par le courant de l'épiderme, de l'état anatomique de celui-ci et de la manière d'être du système vasomoteur. P. MARIE.

Weitere thermodynamische Untersuchungen der Muskeln (Nouvelles recherches thermodynamiques sur les muscles), par B. DANILEWSKI (*Archiv f. die gesammte Physiol.*, *XLV*, *p.* 344).

L'auteur a repris, dans le laboratoire de Fick, l'étude de deux questions : transformation de la chaleur en travail mécanique — partage des forces vitales du muscle en chaleur et travail. Il observe sur les muscles de la grenouille excités par des décharges isolées maxima l'amplitude du soulèvement restant le même, que les premières secousses développent beaucoup plus de chaleur que les suivantes. Pendant le raccourcissement élastique du muscle, celui-ci se refroidit. D'autre part, l'échauffement du muscle augmente avec la valeur du poids tenseur, dans l'allongement. Le refroidissement pendant le raccourcissement élastique est précisément égal à l'échauffement pendant l'allongement. Si l'on opère sur un muscle mort et tendu, la diminution de la charge produit un raccourcissement élastique avec refroidissement correspondant. De même le caoutchouc s'échauffe par l'extension et se refroidit par le raccourcissement : l'auteur fournit à cet égard des mesures numériques. — Le fait le plus remarquable c'est que la contraction des muscles peut s'accompagner d'un refroidissement de celui-ci, au lieu d'un échauffement. Ce fait paradoxal se produit lorsque le raccourcissement est notable et le travail mécanique faible. Il y a donc deux facteurs qui se superposent : un refroidissement de cause physique et un échauffement de cause physiologique. D. examine les points suivants : Échauffement de cause physique du muscle mort par les courants d'induction ; développement de chaleur dans le muscle par la tétanisation directe, influence de la grandeur des excitations sur le développement de chaleur lorsque l'on s'oppose au raccourcissement. L'échauffement est en rapport avec la grandeur de l'excitation et non avec l'étendue du raccourcissement : cet échauffement représente le travail chimique positif du muscle excité. Dans le cas d'une secousse unique et d'une excitation faible un tiers seulement des forces de tension est employé pour l'élévation mécanique du poids : lorsque l'excitation est forte, la partie employée est seulement le quart. A. D.

Ueber die Gesetze der Ermüdung. Untersuchungen an Muskeln des Menschen (Sur les lois de la fatigue. Recherches sur les muscles de l'homme), par Angelo MOSSO (*Archiv für Anat. und Phys.*, *p.* 89, 1890).

L'auteur a imaginé deux instruments pour étudier la contraction des muscles chez l'homme : particulièrement celle du muscle fléchisseur du médius. Ce sont l'ergographe et le ponomètre. Il a, au moyen de ces instruments, recueilli les graphiques de la fatigue ; comparé ces graphiques dans le cas de la contraction volontaire et de la contraction provoquée par l'excitation des nerfs et du muscle ; étudié la fatigue des centres nerveux, l'influence de la fatigue psychique sur la force musculaire. Il a noté aussi l'inhibition des mouvements volontaires par l'excitation électrique des nerfs moteurs. Ce travail, très étendu se termine par des recherches sur la contracture musculaire et l'influence qu'exercent sur son développement l'intensité de l'excitant électrique, la durée de l'excitation et la charge. L'auteur insiste enfin sur les changements produits par la fatigue dans l'élasticité du muscle. A. D.

Versuche über isometriche Muskelzuckungen (Recherches sur les secousses musculaires isométriques), par A. FICK (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLV, p.* 297).

Une propriété remarquable de la substance musculaire, c'est qu'un choc électrique unique, quelque fort qu'il soit ne peut amener le maximun de contraction, mais produit seulement une contraction dont l'amplitude ne peut dépasser une certaine limite. Des chocs interrompus peuvent seuls faire dépasser cette limite. On peut la dépasser encore si préalablement on a soulevé le poids tenseur du muscle à cette hauteur maxima où le choc unique l'aurait d'abord amené : c'est ce qu'ont montré von Kries et von Frey. L'auteur vérifie le fait ; puis il recherche si ce qui est vrai des secousses isotoniques le serait des secousses isométriques. Le résultat a été négatif. A. D.

Die Wiederbelebung des Herzens nach dem Eintritt volkommener Herzmuskelstarre (Restitution des propriétés vitales du cœur après qu'il est tombé en rigidité cadavérique parfaite), par Emil HEUBEL (*Archiv f. die gesammte Physiol., XLV, p.* 461).

Ce mémoire débute par un parallèle intéressant entre la rigidité cadavérique et la contraction musculaire. L'auteur provoque la rigidité du cœur de la grenouille, en y faisant passer, au moyen de la double canule de Kronecker, un courant d'une solution capable de produire la rigidité chimique. Ces substances sont, comme on le sait, très nombreuses. On lance ensuite dans le cœur rigide un courant de liquide nourricier (1 partie de sang de lapin défibriné et 2 parties de solutions de sel marin à 1/2 0/0. Comme substances capables de produire la rigidité, l'auteur a employé les solutions de sel marin, les sels de potasse, les acides, le chloroforme, l'éther, le chloral, le bromal, l'alcool, la caféine, la vératrine, la strychnine, la digitaline, l'eau distillée. Il a employé aussi la chaleur et le froid comme agents contracturants. Il admet que la plupart de ces états de rigidité sont identiques à la rigidité naturelle, avec perte de la transparence et de l'excitabilité. Il a constaté, d'autre part, que ces cœurs rendus rigides récupéraient après peu de temps leurs propriétés vitales. A. D.

I. — Ueber die Milchsäurebildung und den Glycogenverbrauch im quergestreiften Muskel bei der Thätigkeit und bei der Todtenstarre (Formation d'acide lactique et consommation de glycogène dans les muscles à l'état d'activité et de rigidité cadavérique), par M. WERTHER (*Archiv f. die gesammte Physiologie, XLVI, p.* 63).

II. — Ueber Milchsäurebildung und Glycogenschwund bei der Todtenstarre (Formation d'acide lactique et diminution de glycogène dans la rigidité cadavérique), par R. BÖHM (*Ibidem*).

I. — Du Bois-Reymond, en 1859, a montré l'acidité du muscle actif, au moyen du papier de tournesol. Dreser en a donné depuis une preuve beaucoup plus élégante. Heidenhain (1864) a fourni une démonstration analogue pour le muscle tétanisé. Ranke (1865) a déterminé le maximum d'acidité du muscle dans lequel la circulation est suspendue, et trouvé que ce maximum est abaissé chez l'animal vivant pendant le té-

tanos. Il résulterait des expériences de Spiro et de v. Frey (1885) que la circulation enlève au muscle l'excès d'acide formé, qui va se détruire dans le foie ou en d'autres places.

La question de la formation de l'acide lactique musculaire et de sa destruction a été étudiée en dernier lieu par Böhm et Marcuse (*Pflüger's Archiv*, 23 et 39). Mais les bases mêmes de ces études présentent quelque indétermination. Le lactate de zinc est considéré par les uns comme contenant deux molécules d'eau de cristallisation (13,1 0/0) (Heintz, Wislicenus, Marcuse, Liebig), d'autres fois trois molécules (18 à 19 0/0); ses cristaux sont décrits comme mamelonnés, tablettes hexagonales, prismes courts, prismes longs, aiguilles fines. Pour le lactate de chaux, l'eau de cristallisation est évaluée de 3 1/2 molécules à 5, ordinairement 4 (24,8 0/0).

L'auteur reprend les recherches de Böhm et Marcuse, en opérant comparativement sur des muscles tétanisés et sur des muscles rigides. Il montre l'identité de l'acide formé dans ces deux circonstances. Il retrouve l'acide lactique dans l'urine des grenouilles, après l'activité musculaire.

Il recherche ensuite le glycogène par la méthode de Külz. Les muscles de grenouille en rigidité contiennent moitié moins de glycogène que les muscles frais. Cette diminution de glycogène, il la retrouve dans les muscles rigides du lapin et du chat, plus ou moins marquée, mais toujours notable. Les résultats de R. Böhm ne devraient pas être conservés.

II. — En réponse au travail précédent, R. Böhm maintient qu'il n'y a pas de diminution du glycogène dans les muscles du chat pendant la rigidité cadavérique. La disparition du glycogène après la mort aurait une autre cause que cette rigidité. Enfin, il n'y aurait pas de rapport entre le glycogène et l'acide lactique formé, puisque l'on trouve autant d'acide lactique avec des teneurs de glycogène variant de 1 à 20.

A. D.

Untersuchungen über die Orientirung im Fühlraum der Hand und im Blickraum (Recherches sur l'orientation dans le champ d'exploration de la main et de la vue), par J. LŒB (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *XLVI*, *p.* 1).

Au moyen d'une méthode qui permet de déterminer les différence du mouvement exécuté et du mouvement voulu, différence en grandeur et en direction, l'auteur montre que ces différences dépendent du degré de raccourcissement des muscles qui exécutent le mouvement, et non du degré de tension. L'excitabilité du muscle dépend seulement de son degré de raccourcissement au moment de l'excitation : elle diminue quand celui-ci augmente. Et à cause de l'état inverse des antagonistes, d'autant plus allongés que les premiers sont plus raccourcis, la diminution d'excitabilité pour une direction de mouvement s'accompagne d'une augmentation d'excitabilité pour la direction opposée. Il y a ainsi conservation de l'excitabilité de l'organe, considéré dans son ensemble, dans son champ d'exploration. La sensation du mouvement volontaire dépend de l'impulsion de la volonté et non des phénomènes qui se passeraient dans les organes actifs. Les changements de l'excitabilité de nos

muscles qui nécessitent des variations dans l'impulsion motrice sont ainsi les causes de nos illusions relativement aux mouvements exécutés. Ceci s'applique aux muscles de l'œil. Le valeur physiologique de l'angle visuel diffère de sa valeur géométrique, par cela même. Il y a accord entre les écarts qui sont fournis par la main et ceux qui tiennent à l'exercice de l'œil. A. D.

Ueber Lymphbildung (Formation de la lymphe), par HEIDENHAIN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte, n° 19, p. 595, 1er octobre 1889*).

Jusqu'il y a un an, Heidenhain, avec la plupart des physiologistes, considérait la lymphe comme un produit de filtration du sang, un liquide de transsudation formé sous l'influence de la pression sanguine. Mais ses nouvelles expériences l'obligent à modifier cette manière de voir. Les substances injectées dans le sang, telles que le sel marin, le sucre, l'urée, se retrouvent dans la lymphe du canal thoracique à un degré de concentration beaucoup plus élevé que dans le sang. L'injection de peptones ou de blanc d'œuf accroît très notablement la sécrétion de la lymphe, alors même que la pression sanguine est très affaiblie.

Il faut donc admettre que la lymphe doit être rangée à côté des sécrétions glandulaires et la considérer comme une sécrétion des parois des capillaires. J. B.

Ueber die Wirkungsart der Gerinnungsfermente (Sur le mode d'action des ferments coagulateurs), par A. FICK (*Archiv für die gesammte Physiol., XLV, p. 293*).

L'auteur rappelle d'abord la théorie générale de l'action des enzymes, d'après laquelle une molécule du ferment prend la place d'une molécule du corps à transformer et constitue une combinaison passagère qui est bientôt détruite, la molécule de ferment étant remplacée par une molécule d'eau et celui-ci se trouvant ainsi régénéré. La coagulation du sang et la coagulation du lait répondent-elles à cette théorie ? Quant à cette dernière action, il n'y a point de doute : elle s'en écarte. Chaque molécule de caséine n'a pas le temps d'entrer en combinaison passagère avec une molécule de ferment et de l'abandonner ensuite pour une molécule d'eau. Le phénomène est trop rapide, trop instantané. Chaque molécule de caséine qui se coagule n'a pas reçu le contact d'une molécule de ferment, mais seulement d'une molécule de caséine voisine. Fick cite à l'appui de ces vues l'expérience suivante : un extrait glycérique de muqueuse gastrique du veau est déposé au fond d'un verre : lentement, on verse par-dessus du lait à 40°. En moins d'une minute le lait tout entier est coagulé. La lenteur connue de la diffusion empêche d'admettre que les molécules du ferment aient pu venir au contact de toutes les molécules du lait. A. D.

Ueber den Einfluss der Nahrung auf die Ausscheidung der amidartigen Substanzen (Influence de l'alimentation sur l'excrétion des substances amidées), par Ernst SCHULTZE (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLV, p. 401*).

Voici les conclusions de ce travail :

1° Chez l'homme aussi bien que chez le chien, l'excrétion de l'azote total augmente par l'alimentation animale.

2° Le rapport de l'acide urique à l'azote total est moindre avec l'alimentation mixte : moindre encore lorsqu'on ajoute des alcalis et qu'on supprime les alcools et les narcotiques tout en maintenant l'alimentation animale, et cela bien que la quantité absolue d'acide urique augmente.

3° La même chose est vraie pour les rapports de l'acide urique à l'urée.

4° Dans le cas de fièvre, la quantité d'acide urique augmente. Le rapport de l'acide urique à l'azote total et à l'urée augmente aussi notablement.

5° Dans le traitement de la goutte l'emploi des alcalins et l'exclusion des alcools a plus d'importance que l'exclusion de l'alimentation animale. A. D.

Ueber den Einfluss der Abkühlung auf den Gaswechsel des Menschen (Influence du refroidissement sur les échanges gazeux de l'homme), par A. LŒWY (*Archiv f. die gesammte Physiol.*, *XLVI*, *p.* 189).

Historique de la régulation thermique, en ce qui concerne les auteurs allemands. Expériences de l'auteur : La consommation d'oxygène reste fréquemment égale ou supérieure à ce qu'elle était avant le refroidissement : il n'y a alors aucune réaction motrice : il n'y a pas non plus d'augmentation de la consommation d'oxygène lorsque l'individu, par suite d'une précaution consciente, se livre à des mouvements. C'est la peau qui est l'organe principal de la régulation involontaire. L'augmentation de la production calorifique n'est pas un fait constant. Lorsqu'elle a lieu, elle est due à des mouvements involontaires (tremblements, secousses), ou à des mouvements conscients. L'importance de cette production est primée par la diminution des pertes. A. D.

Ein Versuch zur Physiologie des Darmcanals (Recherches sur la physiologie du canal intestinal), par L. HERMANN (*Archiv f. die gesammte Physiologie*, *XLVI*, *p.* 93).

L'auteur séquestre une anse intestinale et la ferme sur elle-même, la continuité de l'intestin étant, d'autre part, rétablie. En sacrifiant l'animal, on trouve l'anneau rempli d'une matière solide analogue aux fèces, d'un gris verdâtre, de réaction alcaline, contenant de la mucine, des gouttes de graisse, des cristaux en aiguilles, des cristaux de carbonate de chaux. Le produit de distillation donnait la réaction de l'indol. Il résulterait de là que l'intestin sécrète des substances qui seraient la partie essentielle des excréments et le ciment unissant. A. D.

Ueber den zeitlichen Verlauf der Ablagerung und des Schwindens des Glykogens (Sur les différents stades par lesquels passe le phénomène du dépôt et de la destruction du glycogène), par W. PRAUSNITZ (*Zeitschrift für Biologie XXVI*, *p.* 377, 1889).

1° Prausnitz fait des dosages de glycogène d'après la méthode de Külz dans le foie et les muscles de la poule. Les différents sujets en expérience sont soumis au préalable à une période préparatoire d'abstinence durant quatre jours, ce qui est suffisant pour faire disparaître presque complètement le glycogène; ils reçoivent ensuite chacun

25 grammes de sucre de cannes et sont tués respectivement 4, 8, 12, 16 etc. heures après l'ingestion du sucre. Le glycogène formé aux dépens du sucre est dosé. L'auteur a constaté de cette façon que la proportion absolue et relative de glycogène dans le foie et les autres organes croît très rapidement après l'ingestion du sucre, atteint son maximum au bout de 12 à 24 heures et tombe ensuite rapidement (en supposant que l'organisme ne reçoive pas un nouvel apport de matériaux hydrocarbonés), de sorte qu'au bout de 36 heures le glycogène a disparu presque complètement du foie et au bout de 48 heures du reste du corps. Il ne semble pas y avoir de relation entre la formation du glycogène et celle de la bile. Les différentes phases par lesquelles passent les phénomènes de dépôt du glycogène et sa disparition ultérieure sont en retard de quelques heures dans les muscles sur ce qu'ils sont dans le foie;

2° La somme du glycogène contenu dans le corps de différents animaux tués au bout du même nombre d'heures après l'ingestion du sucre de cannes est à peu près la même, tandis que la répartition de ce glycogène entre le foie et les autres organes présente des différences individuelles colossales.

Le glycogène peut-il être transporté comme tel par le sang? Pour résoudre cette question, l'auteur a recherché le glycogène dans 6 litres de sang de porc : il n'en a pas trouvé trace et est tenté d'admettre que le glycogène du foie se transforme en glycose pour aller se déposer plus loin dans les muscles;

3° Après la mort, la proportion de glycogène contenue dans les muscles décroît très rapidement : la différence dépasse 25 0/0 au bout d'une demi-heure. LÉON FREDERICQ.

Contribution à l'étude du ferment glycosique du foie, par KAUFMANN (*C. R. Soc. Biologie*, 26 *octobre* 1889).

On sait qu'on n'est jamais parvenu à isoler le ferment qui, dans le foie, transforme le glycogène en glycose. L'existence d'un tel ferment a même été niée. Dastre admet que la transformation est due à l'activité même de la cellule hépatique.

Kaufmann a constaté que, chez le chat, le porc, le mouton et le bœuf, la bile a la propriété saccharifiante (La bile du chien n'a pas cette propriété). Il en conclut que le foie doit contenir un ferment glycosique, puisque la sécrétion du foie, la bile, en contient. PAUL LOYE.

Recherches sur la nutrition intime du foie, par ARTHAUD et BUTTE (*C. R. Soc. Biologie*, 5 *octobre* 1889).

La lésion hépatique caractéristique de la présence du sucre dans les urines consisterait en une dilatation du réseau artériel. Cette dilatation, entraînant un apport plus grand d'oxygène dans l'organe hépatique, serait la cause immédiate de l'hyperglycémie et de la glycosurie consécutive.

Si l'on place des fragments de foie frais, privé de sang, dans des flacons remplis, les uns d'oxygène, les autres d'acide carbonique, on constate que la formation de la glycose est plus grande au contact de l'oxygène qu'au contact de l'acide carbonique. La destruction du glycogène est également plus active dans le premier gaz que dans le second. PAUL LOYE.

Recherches sur les ferments digestifs, par Catherine SCHIPILOFF (*Archives des sciences physiq. et natur. de Genève*, 1889, *et Revue méd. Suisse romande*, *p.* 801, 1889).

Les recherches ont porté sur :

a). Des ferments d'origine végétale : diastase de l'orge germée, émulsine, pepsine, ferment extrait des bactéries ;

b). Des ferments d'origine animale : diastase de la salive, présure, diastase pancréatique, ferment des graisses, ferments des albumines, ferment du suc intestinal, ferment inversif.

La pepsine détruit les trois ferments solubles appartenant au règne végétal et au règne animal, même les ferments élaborés par les micro-organismes.

L'action destructive de la pepsine ne s'exerce pas également rapidement sur tous les ferments ; le ferment de la présure est très réfractaire.

L'action de la pepsine n'est pas empêchée par la présence des autres ferments.

L'influence nuisible que les ferments salivaire et pancréatique semblent exercer sur la pepsine est due non à l'activité des ferments, mais à l'alcalinité des liquides.

La pepsine est très réfractaire à l'action des diverses substances, qui sont nuisibles aux autres ferments. Cependant l'extrait aqueux de salsepareille et la bile exercent une influence funeste sur la pepsine, même en dehors de toute action mécanique sur les liquides digestifs (précipitation, coagulation, déshydratation, etc.)

La bile favorise, au contraire, l'action du ferment des graisses et de la pancréatine ; elle n'a pas d'action sur le ferment des glandes de Brunner, sur les diastases de l'orge, de la salive, des sucs pancréatique et intestinal, sur le ferment inversif, l'émulsine, le ferment de la présure et celui du carica papaya. J. B.

Versuche über die Resorption verschiedener Felle ans dem Darmkanale (Expériences sur la résorption intestinale des différentes espèces de graisse), par Ludwig ARNSCHINK (*Zeitschrift für Biologie*, *XXVI*, *p.* 434, 1889).

Un chien de 8 kilogrammes reçoit journellement 20, 50 ou 100 grammes de graisse, plus 200 grammes de viande. L'expérience dure quatre jours : on recueille les excréments pour y doser la graisse et les acides gras. La différence entre la graisse ingérée et la graisse retrouvée dans les excréments réprésente le poids de la graisse résorbée. L'auteur constate de cette façon que les graisses liquides à la température du corps (huile d'olives, graisse d'oie ou de porc) sont résorbées presque complètement (2-3 0/0 dans les excréments). Les graisses dont le point de fusion est un peu supérieur à celui du corps (suif de mouton, mélange de stéarine et de graisse liquide) échappent pour une part notablement plus élevée (7-11 0/0) à la résorption intestinale. Enfin la stéarine, dont le point de fusion (63°) est très supérieur à la température du corps, se retrouve presque en entier (86-91 0/0) dans les excréments

LÉON FREDERICQ.

Ein Beitrag zur Fettresorption (Contribution à l'étude de l'absorption de la graisse), par L. KREHL (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth., Heft* 1 *et* 2, 1890).

Jusqu'ici, à part Will et Perewoznikoff, les auteurs qui se sont occupés de l'absorption de la graisse dans l'intestin ont toujours admis qu'elle était absorbée sous la forme de fines granulations moléculaires. Divers arguments plaident cependant en faveur de cette hypothèse qu'elle serait absorbée à l'état de solution. Krehl cherche à montrer que cette hypothèse est exacte, que la graisse ingérée par des animaux passe dans les cellules épithéliales à l'état de solution et se reconstitue en se fixant sur les « granulations » d'Altmann. Si l'on examine l'épithélium intestinal d'une grenouille environ 3 heures après qu'elle a avalé de l'huile, on constate que les cellules renferment des grains très fins, les uns gris, les autres noirs. Ces grains sont localisés exclusivement aux cellules; il n'y en a pas dans une certaine zone au-dessous de la cuticule basale ni entre les cellules. Différentes raisons autorisent à penser que ces grains sont bien identiques aux « granulations » d'Altmann en train de devenir graisseuses. Au fur et à mesure qu'on s'éloigne de ce stade, les grains noirs deviennent plus nombreux, se fusionnent et finissent par former de grosses gouttes qui remplissent les cellules et en masquent plus ou moins les détails. En hiver, les phénomènes observés sont les mêmes qu'en été, mais plus lents à se produire.

Chez des chats, Krehl a observé la disposition discoïde de la zone noircie par l'acide osmique. (Voir le travail de Metzner p. 24).

Les expériences de O. Schultze sur la réaction des bioblastes à l'état vivant vis-à-vis du bleu de méthylène viennent tout à fait à l'appui de celles qui précèdent et permettent de croire que la coloration bleue des « granulations », après séjour des animaux (larves de triton) dans une solution de bleu de méthylène, ou noire après ingestion de graisse, est bien le résultat de la réaction vitale de ces « granulations », et que la graisse se reconstitue au sein de leur propre substance après avoir été absorbée en solution. A. NICOLAS.

Ueber die Wirkung der Fettsäuren und Seifen im Thierkörper (Sur l'action des acides gras et des savons dans l'organisme, par J. MUNK (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 514, 1889).

L'auteur a découvert que l'injection dans les veines de très petites quantités (8 centigrammes par kilogramme de lapin) de savon de sodium affaiblissait considérablement l'énergie des battements du cœur et réduisait à plus de la moitié l'importance des échanges gazeux de la respiration. Si l'on augmente très légèrement la dose de savon injectée, on produit l'arrêt du cœur et la mort de l'animal. L'animal supporte des doses beaucoup plus fortes de savon si l'on a soin de les injecter par petites portions à la fois et en plusieurs fois ou si l'injection est faite dans les origines de la veine porte. Il semble donc que le foie jouisse de la propriété de retenir les savons qui lui sont amenés par la veine porte. La coagulabilité du sang est considérablement diminuée dans ces expériences. LÉON FREDERICQ.

Observations relativement à la diurèse produite par les sucres, par A. DASTRE (*C. R. Soc. Biologie*, 5 *octobre* 1889).

1° L'élimination des sucres (injectés en quantités qui ne dépassent pas le quintuple du glycose normal du sang) peut se faire sans polyurie.

2° Les différents sucres ne présentent pas, à cet égard, des différences spécifiques appréciables.

3° Une même quantité du même sucre peut exercer sur la sécrétion urinaire des effets très différents. PAUL LOYE.

Recherches sur l'influence exercée par les muscles de l'œil sur la forme normale de la cornée humaine, par C.-J.-A. LEROY (*Arch. de physiol.*, *n*os 1-2, *p.* 141).

La forme type de la cornée normale est celle d'une sphère élastique qui aurait été aplatie à l'équateur, très peu du côté temporal, deux fois plus verticalement en haut et en bas, et quatre fois plus du côté nasal. L'aplatissement vertical est symétrique, tandis que l'aplatissement transversal est asymétrique. L'aplatissement transverse moyen est à peu près égal à l'aplatissement vertical moyen.

L'influence des muscles de l'œil concorde à merveille avec la répartition des minima et des maxima d'aplatissement de la cornée ; l'aplatissement minimum, situé du côté temporal, c'est-à-dire du côté du droit externe le plus faible, et l'aplatissement nasal le plus fort, situé en face du droit interne le plus fort, imposent la conviction que les muscles droits jouent ici un rôle réel, ce qui n'exclut nullement la possibilité de l'intervention des obliques. G. LION.

Ueber die respiratorischen Bewegungen des menschlichen Zwerchfells (Sur les mouvements respiratoires du diaphragme de l'homme), par W. HULT KRANTZ (*Skand. Archiv f. Physiologie*, *II*, *p.* 70, 1890).

On fait avaler au sujet un tube en caoutchouc terminé par une ampoule extensible. Dès que l'ampoule a dépassé le niveau du diaphragme et a pénétré dans l'abdomen, on l'insuffle de manière à la fixer immédiatement sous le diaphragme et à lui faire suivre les mouvements d'abaissement de ce dernier. Ces mouvements sont transmis à l'extérieur à un levier inscripteur par l'intermédiaire d'un fil métallique contenu à l'intérieur du tube en caoutchouc. L'auteur constate de cette façon que chez l'homme, dans la respiration normale, la portion œsophagienne du diaphragme s'abaisse pendant l'inspiration d'un 1/2 centimètre à 1 centimètre environ. L'auteur examine quelques-unes des influences qui font varier l'importance des excursions du diaphragme.

L'auteur propose une autre méthode destinée à déterminer la part du diaphragme dans l'ampliation inspiratoire du thorax. Voici en quoi elle consiste. L'individu en expérience est enfermé debout dans un cylindre en métal montant jusqu'au cou et s'appliquant exactement au moyen d'une membrane en caoutchouc autour du cou, la tête seule passant à l'extérieur. Cet espace clos est divisé par une cloison transversale en caoutchouc (percée d'un orifice circulaire) en deux compartiments, un compartiment supérieur logeant le thorax de l'individu, un compartiment inférieur logeant l'abdomen et les membres inférieurs. Chacun de ces compartiments fait office de pléthysmographe et permet de mesurer

exactement les variations de volume de l'abdomen et du thorax pendant l'inspiration. On constate, au moyen de cet appareil, que pour une inspiration d'un demi-litre, l'ampliation due à l'écartement des parois thoraciques dépasse légèrement 300 centimètres cubes, et celle due à l'abaissement du diaphragme n'atteint pas tout à fait 200 centimètres cubes.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die Wärmeregulation des Menschen (Sur la régulation thermique chez l'homme), par A. LŒWY (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *XLV*, *p.* 625).

1° La régulation thermique chez l'homme n'est pas parfaite. A la suite de toute soustraction de chaleur forte ou modérée, il y a abaissement de température. 2° La peau est l'instrument principal de la régulation thermique. Chaque courant froid provoque une contraction de cet organe et de ses vaisseaux qui diminue la perte par rayonnement ou conduction. 3° La production thermique reste invariable et n'intervient que s'il y a des contractions musculaires toniques ou cloniques. 4° Pour chaque degré de refroidissemement qui a provoqué déjà un abaissement thermique on peut empêcher les contractions musculaires. 5° L'action forte et prolongée du froid finit toujours par provoquer des contractions musculaires impossibles à réprimer, tremblements, secousses. 6° La destruction organique provoquée par ces contractions peut atteindre 100 0/0. 7° Néanmoins la température continue à baisser, et ces contractions n'ont pas de signification pour la régulation, chez l'homme en comparaison des moyens artificiels.

A. D.

CHIMIE MÉDICALE.

Ueber Stoffwechsel und Ernährung in Krankheiten (Les échanges nutritifs dans les maladies), par KLEMPERER (*Zeitschrift fur klinische Medicin*, *XVI*, *p.* 550-605).

L'homme sain peut se maintenir en équilibre nutritif avec 30 ou 40 gr. d'albumine seulement, à condition de recevoir en abondance de smatières grasses et des hydrocarbures; l'assimilation de ces substances doit être de plus facilitée par l'adjonction à la nourriture d'alcool et de carbonate de chaux.

Les sujets, très amaigris et restant continuellement au lit peuvent arriver à l'équilibre avec 40-50 grammes d'albumine, 15-20 grammes de graisse, 70 grammes d'hydrocarbures.

La destruction des matières albuminoïdes qui survient sous des influences pathologiques, chez un chien dyspnéique par exemple, peut être enrayée par l'absorption d'une grande quantité de matières grasses.

Toutes les affections avec destruction exagérée des matières albuminoïdes semblent devoir êtres regardées comme de véritables intoxications.

A.-F. PLICQUE.

Ueber die Reactionen der Albumosen und Peptone (Sur les réactions des albumoses (propeptones) et des peptones, par R. NEUMEISTER (*Zeitschrift f. Biologie, XXVI, p.* 324, 1889).

L'auteur soumet à un examen critique et expérimental les nombreuses données concernant les réactions des peptones et des propeptones. Il traite successivement de la réaction du biuret, de la précipitation par l'acide acétique et le chlorure de sodium, par l'acide acétique et le ferro-cyanure de potassium, par l'acide nitrique, par l'acide phosphomolybdique, le tannin, l'iodhydrargyrate de potassium, l'acide picrique, le sulfate de cuivre, le chlorure mercurique ; la précipitation par le sulfate d'ammoniaque. Le travail est plein d'indications intéressantes, mais ne se prête guère à un résumé. LÉON FREDERICQ.

Ueber das Neurokeratin (Sur la neurokératine), par W. KÜHNE et R. H. CHITTENDEN (*Zeitschrift für Biologie, XXVI, p.* 410, 1889).

La *neurokératine* s'obtient (A. Ewald et W. Kühne, 1877) comme résidu insoluble lorsqu'on traite les centres nerveux ou les fibres des nerfs à myéline successivement par l'alcool, l'éther, le suc gastrique, le suc pancréatique et les alcalis dilués. Ce mode de préparation est décrit en détail dans le présent travail. Le tableau suivant donne la composition centésimale de la neurokératine (5 échantillons différents) comparée avec celle de la kératine proprement dite (poils de lapin) :

	Neurokératine.	Poils de lapin.
C	56.11 à 58.45	49.45
H	7.26 — 8.02	6.52
Az	11.46 — 14.32	16.81
S	1.63 — 2.24	4.02
O	20.03 — 20.85	23.20

La neurokératine ne contient pas de phosphore.

Le système nerveux du homard traité comme il a été dit pour la préparation de la neurokératine, laisse un résidu de chitine.

Les déterminations quantitatives de neurokératine ont fourni les résultats suivants :

	Neurokératine.
Nerfs périphériques (plexus brachial)	0.316 0/0
Écorce du cervelet	0.312 —
Écorce cérébrale	0.327 —
Substance blanche cérébrale	2.2434 —
Corps calleux	2.902 —

Si l'on rapporte ces chiffres au poids du résidu sec privé de myéline, on trouve :

	Neurokératine.
Résidu sec : nerfs	1.91 0/0
— substance grise	3.22 —
— — blanche	33.77 —

Enfin, la démonstration histologique de la neurokératine sur les préparations microscopiques du tissu nerveux est basée également sur le traitement successif des coupes par l'alcool, l'éther et les sucs digestifs. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Darstellung von kristallisirten... (Sur la préparation de l'albumine de l'œuf cristallisé et la cristallisation des éléments colloïdes), par F. HOFMEISTER (*Zeitschrift für physiol. Chemie, XIV, p.* 165, 1889).

Un blanc d'œuf frais, bien privé de jaune, est battu en mousse et abandonné 24 heures à lui-même. La solution d'albumine, séparée de la mousse, est privée de globuline par l'addition d'un volume égal au sien d'une solution de sulfate d'ammoniaque. On sépare, par le filtre, le précipité abondant qui s'est formé, et le liquide clair est abandonné dans de grands vases plats, à la température ambiante. On filtre quand le précipité n'augmente plus de quantité, et on obtient l'albumine sous forme de grains blancs ou peu colorés, complètement solubles dans l'eau, que l'on purifie par des cristallisations plusieurs fois répétées dans une solution de sulfate d'ammoniaque. On obtient ainsi des aiguilles, les unes isolées, les autres en groupe. On les purifie par la dialyse. On ne peut cependant enlever tous les sels qu'ils renferment.

Ces cristaux sont semblables à ceux que Starck avait obtenus avec l'albumine pure. E. H.

Nouveau procédé de préparation de l'oxyhémoglobine, par MAYET (*Lyon méd.*, 9 *février* 1890).

Mayet a modifié ainsi que suit les divers procédés de préparation. Le lavage du sang est fait avec une solution de sulfate de soude anhydre et pur à 2 0/0 ; on évite ainsi la dissolution et la fragmentation des globules, il faut employer une quantité de solution égale à 14 fois le volume du sang ; la faire à 0°. Le récipient dans lequel se fait ce lavage doit permettre la séparation facile du cruor et du liquide ; l'auteur fait connaître un dispositif spécial. Pour séparer enfin l'hémoglobine du stroma des globules, Mayet emploie la benzine, qui n'altère pas la matière colorante tout en dissolvant bien les graisses.

Pour obtenir la cristallisation et la purification de l'hémoglobine, Mayet mélange la solution avec l'alcool absolu, maintient ce mélange à 10 et 12° pendant 8 à 10 heures. La masse cristallisée est alors reprise par l'eau à 35°, puis rapidement refroidie à 0° et additionnée de 1/5 en volume d'alcool absolu.

Pour obtenir une hémoglobine extrêmement pure, Mayet la soumet à une oxydation complète avant la dernière cristallisation. A. C.

Ueber die Verdauchlichkeit gekochter Milch (Sur la digestibilité du lait bouilli), par R. W. RAUDNITZ (*Zeitschrift für physiol. Chemie, XIV, p.* 1).

Les différences de digestibilité entre le lait frais et le lait bouilli sont importantes à connaître pour la nourriture des enfants. Les expériences ont été faites sur un chien.

L'animal, dans une première période de cinq jours, était nourri avec du lait cru, et dans une autre période de cinq jours avec du lait bouilli. Le contenu en chaux et en azote était dosé dans le lait et dans les excrétions (urine et fèces). L'animal était pesé tous les jours. Une seconde série d'expériences fut pareillement conduite, mais les résultats sont moins certains, parce que dans le moment le chien paraissait avoir achevé sa croissance et avoir atteint l'état adulte.

Quand la présure était ajoutée au lait bouilli, il se formait de fins flocons qui ne pouvaient être séparés que par filtration; le lait frais fait au contraire un coagulum cohérent.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1. L'azote est toujours mieux assimilé quand le lait est frais.

La moindre absorption d'azote dans le lait bouilli paraît causée par l'ébullition. Les autres raisons possibles : 1° la garde du lait pendant plusieurs jours avant de s'en servir; 2° la révolte de l'estomac contre une nourriture composée seulement de lait, — sont tranchées par des expériences pour lesquelles nous renvoyons au mémoire original.

2. Pour la graisse, il y a peu de différence entre le lait cru ou bouilli.

3. Les expériences sur la chaux ne sont pas assez nombreuses, d'après l'auteur, pour qu'on en puisse tirer une conclusion. E. H.

I.— **Ueber Bildung von Salpetrigersäure und Salpertersäure im Speichel... (Sur la formation de l'acide nitreux et de l'acide nitrique dans la salive, par Casimir WURSTER** (*Berichte der deutschen chem. Gesellschaft, XXII, p.* 1901, 1889).

II. — **Même sujet, par ILOSVAY DE N. ILOSVA** (*Bulletin de la Société chimique, XI, p.* 634).

III. — **Même sujet, par E. HARDY** (*Médecine moderne, p.* 310, 1890).

I. — Depuis plusieurs années, Wurster est arrivé à conclure d'expériences longtemps prolongées que la salive ne contient pas en général d'acide azoteux. Il s'appuie, pour le démontrer, sur ce fait qu'on ne peut en déceler la présence par la réaction de Griess, c'est-à-dire par la coloration rouge qu'elle devrait développer quand on la traite par une solution acidulée d'acide sulfanilique et de naphtylamine.

Wurster pense, au contraire, y avoir décelé la présence d'eau oxygénée en se servant de la tétraméthyl-para-phénylène-diamine ou plus facilement avec un papier réactif obtenu avec cette substance et appelé papier tétra. Cette matière se colore en bleu, passant ensuite au rouge, en présence d'eau oxygénée.

Il a trouvé que la salive contenant de l'eau oxygénée en présence d'ammoniaque ne renferme plus bientôt que de l'acide azoteux, et que si la salive contenant de l'eau oxygénée se trouve en solution acide, en présence d'acide sulfurique par exemple, elle ne contient plus bientôt que de l'acide azotique. Ces transformations sont accélérées par la présence du sel marin dans la salive.

II et III. — Les expériences de Wurster donnent place à la critique. Ilosvay de N. Ilosva fait remarquer que le tétra-papier se colore sous presque toutes les influences et n'est qu'un réactif infidèle pour l'eau oxygénée. Il a montré qu'on pouvait donner une plus grande sensibilité à la réaction de Griess en remplaçant les acides minéraux par de l'acide acétique. Il est arrivé à conclure, comme E. Hardy, que l'acide azoteux est toujours présent dans la salive. E. H.

Le fer dans la bile, par Ivo NOVI (*Accad. delle scienze di Bologna*, 10 *mars* 1889).

L'auteur résume ainsi ses observations : les chiens de forte taille

(20 kilogr.) peuvent supporter l'opération de la fistule biliaire complète, au moins pendant 9 mois, sans troubles. La bile contient une proportion centésimale de fer qui varie avec le genre d'alimentation, la distance du repas et la rapidité de la sécrétion; cette porportion oscille entre 21 et 45 dix-millièmes. — Pendant les heures de sécrétion maxima, un chien de 22 kilog. élimine 16 milligrammes de fer par kilogramme d'animal; et pendant une heure d'excrétion minima, 11 milligrammes de fer par kilogramme d'animal. Ceci, dans le cas d'alimentation avec le pain. — Dans le cas d'une alimentation mixte les chiffres correspondants sont de 20 milligrammes et 14 milligrammes; dans le cas d'un repas de viande, les nombres deviennent 32 milligrammes et 22. — La bile qui a séjourné dans la vésicule est plus dense et présente une proportion centésimale de fer double de la normale. — La quantité de fer éliminée par la bile augmente dans le cas d'ingestion de sels de fer; cette élimination dépend d'ailleurs de l'espèce et de la quantité du composé ferrugineux introduit. A. D.

Verbreitung und Bedeutung des Eisens in animalischen Organismus (Distribution et rôle du fer dans l'organisme animal), par R. SCHNEIDER (*Archiv für Anat. und Phys., p.* 173, 1890).

Le fer jouerait dans la constitution des tissus un rôle encore plus marquant que dans le sang lui-même sous la forme de composés qui peuvent être décelés par la réaction du cyanoferrure de potassium. On le trouve à cet état dans le protoplasma et dans les noyaux cellulaires où il est faiblement uni aux matières albuminoïdes. Les muscles et les nerfs l'absorbent moins que les épithéliums, les cellules glandulaires et les cartilages et surtout que le foie et la rate. L'examen du règne animal tout entier confirme la généralité de cette loi. Le fer est résorbé dans l'intestin et le foie : il est accumulé en réserve dans les tissus conjonctifs, les cellules du sang et de la lymphe; il est excrété dans les productions épidermiques et cuticulaires et dans la bile. A. D.

Ueber die Einwirkung des künstlichen Magensäftes auf Essigsäure und Milchsäuregährung (De l'action du suc gastrique sur la fermentation acétique et lactique), par Felix COHN (*Zeitschrift für physiol. Chemie, XIV, p.* 75, 1889).

L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La pepsine n'arrête pas les fermentations acétique, ni lactique. Elle paraît être un moyen de transport de l'azote dans les fermentations.

2° En présence de traces d'acide chlorhydrique, la fermentation acétique s'arrête. La fermentation lactique est suspendue dès qu'il se trouve de l'acide chlorhydrique en quantité suffisante pour tenir en solution les phosphates nécessaires au développement du Bacillus acidi lactici. Plus de 0,7 0/00 d'acide chlorhydrique suffisent pour empêcher la fermentation lactique, même en présence du phosphate de potasse, probablement par la présence de H^3Ph^4O libre.

3° La pepsine chlorhydrique apporte le même obstacle à la fermentation que l'acide chlorhydrique libre, toutefois il faut plus de la première que du second pour produire le même résultat.

4° L'acide chlorhydrique uni à la peptone n'est plus en état d'arrêter la fermentation.

5° En présence des phosphates, la fermentation acétique est d'abord empêchée, quand il y a une quantité d'acide chlorhydrique suffisante pour rendre libre la quantité d'acide phosphorique nécessaire pour arrêter la fermentation. Cette quantité varie de 5 0/0 à 7 0/0. E. H.

Das Fruchtwasser und seine Eiweissstoffe (Le liquide amniotique et ses substances albuminoïdes), par KŒTTNITZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, *p.* 949, 1889).

L'auteur a analysé le liquide amniotique d'un œuf de deux semaines et demie et a trouvé d'abord de la globuline puis de la propeptone ; pas de peptone. Dans 5 cas il a analysé le liquide au moment de l'accouchement : il a toujours trouvé de la globuline, mais 4 fois seulement la propeptone et la peptone. Ces constatations font penser que le liquide amniotique joue un rôle dans la nutrition du fœtus.

La femme dans le liquide de qui l'auteur a trouvé la plus grande quantité de peptone a présenté constamment, pendant le dernier mois de la grossesse, de la peptonurie ; l'enfant est né bien portant. La peptonurie est donc, dans ce cas, un phénomène de diffusion et de résorption physiologique ; elle montre les efforts de l'organisme pour se débarrasser de substances albuminoïdes superflues. L. GALLIARD.

Ueber d. Achsezusammensetzung d. Organ. rachitisch. Kindern (Sur la composition des centres des organes des enfants rachitiques), par Ern. VOIT (*Münch. med. Woch.*, *n°* 2, *janvier* 1890).

Dans ses expériences sur les jeunes chiens nourris avec des aliments pauvres en chaux, Voit a constaté que si le développement semblait se faire normalement, les os présentaient cependant des altérations rachitiques profondes et qu'en outre le squelette, et aussi toutes les parties molles contenaient moins de chaux.

Si le rachitisme chez l'enfant a pour cause une alimentation pauvre en chaux, ce doit être une affection générale et non limitée aux os seuls. S'il s'agit au contraire d'une maladie osseuse particulière, l'analyse chimique doit montrer une richesse normale des autres tissus en chaux.

C'est à ce dernier résultat qu'est arrivé Birnbacher en examinant comparativement les tissus des rachitiques et ceux d'autres enfants.

De sorte que le rachitisme doit être considéré, malgré la ressemblance des cas, comme une maladie due soit le plus souvent à une lésion osseuse, empêchant la fixation de la chaux dans le squelette, soit dans quelques cas à une hygiène alimentaire défectueuse, trop pauvre en chaux, et alors il y a déficit de cette matière dans le squelette et les autres tissus. P. TISSIER.

Ueber die Identität des Gehirnzuckers (Sucre du cerveau) mit Galactose, par Hans THIERFELDER (*Zeitschrift für physiol. Chemie*, *XIV*, *p.* 209, 1889).

Bæyer et Liebreicht reconnurent, les premiers, la présence d'un hydrate de carbone dans le cerveau ; par la décomposition du protagon, ils obtinrent un sucre qu'ils considérèrent comme de la dextrose. Otto obtint le même sucre avec la cérébrine. Diakonow, Thudichum, Parcus,

s'occupèrent ensuite de cette question et constatèrent aussi la formation d'un sucre, sans toutefois en déterminer la nature.

L'auteur reprit cette étude ; il chauffa pendant 5 heures à 115—125° 3 grammes de cérébrine avec 30 centigrammes d'acide sulfurique à 2 0/0. Après le refroidissement, il obtint une masse solide et un liquide clair. Après avoir filtré, il broya le résidu solide et répéta le même traitement avec l'acide sulfurique. Les liquides obtenus dans ces deux traitements successifs réduisaient la liqueur de Fehling et correspondaient, l'un à 0,4, l'autre à 0,05 d'hydrate de carbone. Ces liquides furent préparés sur une grande échelle en opérant toujours seulement sur 3 grammes de cérébrine. On les satura avec de l'hydrate de baryte ; l'excès de baryte employée fut précipité par un courant d'acide carbonique, puis saturé par l'acide sulfurique et évaporé ; on obtint un sirop qui se prit en cristaux. Ces cristaux sont solubles dans l'eau, réduisent la liqueur de Fehling, dévient la lumière polarisée, ne fermentent pas avec la levure de bière. Oxydés avec l'acide nitrique, ils donnent de l'acide mucique, comme la galactose ; ils fondent à 165°, la galactose à 168°. Ils se combinent avec la phénylhydrazine. Ils forment des cristaux, fondent à 185° ; la galactose fond de 184 à 185°.

De ces réactions, l'auteur conclut que ce sucre est identique avec la galactose. E. H.

FEB 9 1891

Beiträge zur Farbenlehre der Galle (Contribution à l'étude des matières colorantes de la bile), par John Berry HAYCRAFT et Harold SCOFIELD (*Zeitschrift für physiol. Chemie, XIV, p.* 173).

La bilirubine est la plus importante des matières colorantes de la bile. Elle provient de la décomposition de l'hémoglobine. La bilirubine, en s'oxydant, donne une série de matières colorantes verte, bleue, violette, rouge et finalement jaune brun. La couleur verte se produit par la fixation d'une molécule d'eau ; les autres proviennent de phénomènes d'oxydation.

On n'a pas encore cherché à remonter des derniers termes de cette série aux premiers. Lauder Brunton a cependant remarqué que l'acide sulfurique colore en jaune une solution alcaline de biliverdine. Cette solution jaune, traitée par l'acide nitrique, se transforme en une solution de bilirubine.

Dans les recherches présentes, l'auteur vit la bile, abandonnée quelques heures dans un vase, changer de couleur et devenir brune ou brun orange. Il regarde cela comme une réduction, car si on ajoute de l'acide nitrique, on obtient de la bilirubine, et ensuite toute la série des teintes, verte, bleue, violette, rouge et jaune. Il mentionne aussi que la bile de la vésicule devient jaunâtre en présence des parois et du mucus. Cette réduction se fait en présence des tissus vivants.

Les expériences furent faites en mettant la bile, à l'air, dans des tubes clos et stérilisés, mêlée avec des membranes muqueuses, etc. Il arriva aux conclusions suivantes :

La biliverdine perd son oxygène aussi facilement que l'hémoglobine. Dans des vases clos et stérilisés, la réduction s'arrête à la bilirubine. Cette réduction s'obtient par l'exposition à la lumière, la putréfaction, l'adjonction de mucus ou de membranes muqueuses. Quand il y a pu-

tréfaction, il y a formation d'un pigment brun, qui ne donne pas la réaction de Gmelin et qui diffère de l'hydrobilirubine par son insolubilité dans l'éther et sa solubilité dans l'alcool.

La bile humaine est vert olive, probablement par sa réduction après la mort.

En soumettant la bile à l'action d'un courant électrique, le pôle positif indique des oxydations, le pôle négatif des réductions. E. H.

Beiträge zur Kentniss der Cystinurie, par Bruno MESTER (*Zeitschrift für physiolog. Chemie, XIV, p.* 109).

A signaler dans ce mémoire l'examen de l'urine des malades atteints de cystinurie et diverses considérations chimiques et therapeutiques. Les points les plus remarquables pour la chimie médicale sont :

La solubilité de la cystine. Une urine acide peut dissoudre 0,5 de cystine par litre.

Le soufre dans l'urine paraît sous une forme non oxydée. De nombreuses analyses semblent le prouver. Ce fait résulte de l'examen de l'urine de 9 malades, qui contenaient chacun 18,1 0/0 de soufre non oxydé. L'auteur a basé, sur la connaissance de ce chiffre, une méthode pour doser la quantité de cystine contenue dans l'urine.

Les différentes espèces d'alimentation, l'usage de l'alcool, paraissent sans influence sur la quantité de cystine excrétée.

L'administration des sulfures et aussi du salol n'indiquent aucun changement notable dans la quantité de soufre non oxydé. E. H.

Ueber Typhusbacillen im Urin, par H. NEUMANN (*Berlin. klin. Woch., n.* 6, *p.* 121 *et* 136, 10 *février* 1890).

Neumann a pratiqué l'examen microscopique et bactériologique des urines de 48 typhoïdiques; chez 11 seulement, il a trouvé et cultivé le bacille spécifique, tandis que chez 4 autres malades, il a trouvé un autre microrganisme. Seitz avait trouvé le bacille d'Eberth dans l'urine de 2 des 7 typhoïdiques qu'il avait examinés. Hüppe chez 1 seul sur 16, et Konjajeff chez 3 sur 20.

Neumann recueille l'urine dans la vessie, avec une sonde stérilisée, et laisse écouler les premières gouttes du liquide. Quand, comme c'est l'ordinaire, l'urine contient un grand nombre de bacilles typhoïdiques, elle offre, à l'œil nu, un trouble qui persiste après filtration. Les foyers bacillaires rénaux qui donnent lieu (mais non constamment) à l'émission d'urines renfermant le bacille typhoïdique se forment à la même époque que les taches rosées lenticulaires de la peau et sont d'autant plus nombreux que celles-ci sont plus abondantes. En revanche, la présence du bacille d'Eberth dans l'urine n'est nullement liee à l'albuminurie, et sa signification pronostique est nulle.

Les bacilles typhoïdiques peuvent persister dans l'urine jusque dans la convalescence : deux fois au 10e jour, une fois au 16e, et une fois au 21e. Ces 4 malades de Neumann auraient donc pu peut-être contagionner leurs compagnons dans un asile de convalescence. La disparition définitive du bacille d'Eberth des urines paraît être purement mécanique ; en tout cas, elle ne résulte pas de modifications chimiques de l'urine qui l'auraient rendue impropre à son développement.

Chez 2 typhoïdiques, au lieu du bacille spécifique, Neumann n'a rencontré dans l'urine que le streptocoque pyogène. Enfin dans 2 cas compliqués de cystite, une fois l'urine contenait un bacille mobile, une fois un bacille immobile, tous deux différents de celui d'Eberth.

Dans la discussion, Neuhaus rappelle que c'est Wissokowicz qui a signalé le premier la présence du bacille typhoïdique dans l'urine (une fois seulement sur 18 cas). Quant à lui-même, il l'y a vainement cherché.

J. B.

Élimination des substances toxiques par l'urine dans la fièvre typhoïde, par WEILL et ROQUE (*Lyon méd., p.* 211, 9 *février* 1890).

Dans la fièvre typhoïde, traitée par les bains froids, l'élimination des substances toxiques par l'urine, mesurée par les injections intra-veineuses chez le lapin, subit un accroissement notable, 2, 5 à 2, 8 contre 1, chiffre pris comme normal.

Les coefficients urotoxiques sont de plus en plus élevés à partir de l'administration des bains jusqu'au 8e, 10e jour, puis ils gardent un niveau constant pendant quelques jours pour redescendre à la normale. Suivant les variations des phases de la maladie, cette courbe oscille dans un sens ou dans l'autre. Mais ce qu'il y a de particulier, c'est que cette courbe ne correspond pas avec celle de la quantité d'urine rejetée.

A. C.

Ueber das Auftreten von Benzamid im Harn... (Sur la présence de la benzamide dans l'urine après l'usage de la benzaldéhyde), par Rudolf COHN (*Zeitschrift für physiol. Chemie, XIV, p.* 203, 1889).

On fit prendre à un chien 10 grammes par jour de benzaldéhyde. L'urine fut recueillie, évaporée, épuisée par l'alcool ; celui-ci évaporé, le résidu repris par l'eau, fortement acidulé par l'acide sulfurique. On agita avec de l'éther, qui enleva l'acide hippurique. On l'évapora, et quand l'acide hippurique fut déposé, on distilla à un petit volume. La petite quantité de résidu cristallisé fut dissoute dans une solution concentrée de carbonate de soude et agitée de nouveau avec de l'éther. L'éther fut évaporé, et le résidu cristallin fut recristallisé dans l'eau, et décoloré par le charbon animal.

Les cristaux ont une réaction neutre, ils sont assez solubles dans l'eau froide et dans le pétrole, très solubles à chaud dans l'éther, l'alcool et la benzine. Ils se subliment facilement, ne contiennent pas d'eau et correspondent à la composition de la benzamide. Après avoir donné à l'animal 100 grammes de benzaldéhyde, on a recueilli 4 grammes de benzamide.

Chez le lapin, on ne trouve pas de benzamide dans l'urine, ni après une injection sous-cutanée de 50 grammes de benzaldéhyde, ni après celle de 20 grammes de benzoate d'ammoniaque.

E. H.

Observations sur l'urine dans l'anémie pernicieuse, par William HUNTER (*The Practitioner, septembre-décembre* 1889).

L'urine, dont la quantité et la densité ne sont pas changées, est plus foncée qu'à l'état normal (l'urine de l'anémie traumatique est au contraire

plus pâle); on y trouve une grande quantité d'urobiline pathologique, du pigment sanguin, une augmentation dans la quantité de fer excrété.

Ces modifications sont évidemment dues à la destruction de sang et sont d'autant plus marquées que l'anémie est plus grave. Toute aggravation dans l'état du malade se traduit immédiatement par une urine plus riche en couleur et une augmentation de pigment sanguin et de fer.

Ces changements dans les caractères de l'urine ne sont peut-être pas toujours aussi nets, mais il est vraisemblable qu'ils existent toujours plus ou moins à l'une ou l'autre période de la maladie. E. DESCHAMPS.

Zur quantitativen Zuckerbestimmung im Harn mittelst Gährung (Dosage du sucre dans l'urine par la fermentation), par P. GUTTMANN et HIRSCHFELD (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 48, p. 1053, 2 décembre 1889*).

Guttmann et Hirschfeld ont repris les expériences d'Einhorn sur le dosage du sucre de l'urine par la fermentation. Ils ont reconnu que les tubes d'Einhorn ne sont applicables qu'autant que l'urine ne contient pas plus de 1 pour cent de sucre. Pour les urines renfermant davantage de sucre, ce qu'on peut juger approximativement d'après leur densité, Einhorn conseille d'y ajouter de l'eau distillée et de tenir compte ensuite du coefficient de dilution : ainsi l'urine d'une densité inférieure ou égale à 1020 serait additionnée d'une quantité double d'eau, celle ayant une densité de 1021 à 1028, d'une quantité quintuple, celle d'une densité supérieure à 1028, d'une quantité décuple.

Mais en procédant ainsi, on multiplie l'erreur qui altère déjà le dosage des urines sucrées de 1 pour cent. De plus, une urine contenant une proportion considérable de sucre peut avoir une faible densité, d'où nouvelle cause d'erreur.

Il ne se dégage pas la totalité de l'acide carbonique des 10 centimètres cubes d'urine examinée, mais seulement celle qui se produit au delà de la courbure du tube et point celle qui se trouve dans la branche ouverte du tube recourbé. En outre, il ne se dégage pas non plus la totalité de l'acide carbonique formé dans la branche graduée, parce qu'au fur et à mesure les bulles de CO^2 qui prennent naissance, refoulent en bas l'urine, durant les 24 heures que dure la fermentation : l'acide carbonique que dégage cette urine refoulée s'échappe par la branche ouverte. Les 10 centimètres cubes d'urine donnent lieu à un dégagement d'environ 24 centimètres cubes de CO^2 ; comme le tube gradué n'indique que 5 centimètres cubes, il y en a 19 de perdus.

Un procédé à la fois plus sûr et plus simple repose sur la détermination de la densité de l'urine avant et après la fermentation. La différence constatée est divisée par un certain coefficient et donne la teneur en sucre de l'urine examinée. Roberts, dès 1861, a déjà recommandé cette méthode pour la clinique; mais elle n'est plus sûre quand l'urine renferme moins de 0,5 pour cent de sucre.

Worm-Müller a indiqué le même coefficient que Roberts, savoir, 4,3. Soit par exemple une urine dont la densité est de 1,030 avant et de 1,020 après la fermentation. La différence de 10 divisée par 4,3 = 2 pour cent de sucre. Guttmann a reconnu que le chiffre de 2 trouvé par cette méthode ne s'écarte pas plus de 1/10 ou 2/10 pour cent du chiffre véritable.

Mais pour ce dosage il faut un bon aréomètre et noter la température du liquide qu'on examine, car 3° C. de différence modifient la densité de l'urine d'une partie en poids de l'échelle.

Dans la discussion, L. Lewin fait remarquer que dans la méthode d'Einhorn, l'urine absorbe une quantité notable de CO^2 dont on ne peut tenir compte; cependant c'est encore le procédé le plus simple et le plus pratique.

Litten ajoute que la méthode est encore avantageuse quand il s'agit de pratiquer des examens comparatifs répétés, pour des urines renfermant jusqu'à 5 et 6 pour cent de sucre. J. B.

A rapid method for the quantitative estimation of glucose in urine, par W. MENDELSON (*N. York med. Journ.*, *p.* 5, 7 *Juillet* 1888).

L'auteur conseille d'ajouter à la liqueur de Fehling une quantité d'eau suffisante pour la transformer en un liquide bleu très pâle; d'autre part, l'urine est mélangée à dix fois son volume d'eau, Quand le précipité d'oxyde de cuivre s'est montré, l'auteur continue à verser l'urine diluée jusqu'à ce que la précipitation paraisse presque terminée, puis il ajoute dix gouttes de la solution de chlorure de chaux de Munk (solution à 15 0/0); le précipité de chaux hydratée et de tartrate de chaux entraîne l'oxyde de cuivre et le liquide s'éclaircit rapidement. Il faut faire bouillir avec précaution, afin d'éviter les explosions.

De cette façon on apprécie rapidement la décoloration du liquide; en 20 minutes l'analyse peut être terminée. L. GALLIARD.

Ueber den Werth der Phenylhydrazin-Zuckerprobe (Valeur de la phénylhydrazine dans la recherche du sucre), par GEYER (*Wien. med. Presse*, *n°* 43, *p.* 1686, 1889).

Introduite dans la science par E. Fischer comme réactif infaillible pour la découverte du sucre, la phénylhydrazine a été préconisée par v. Jaksch et Rosenfeld. Elle produit, avec le sucre, des cristaux de phénylglycosazone, que ces auteurs considèrent comme pathognomoniques. Or, Thierfelder a montré que l'acide glycuronique (acide qu'on trouve dans l'urine normale) jouissait, comme le sucre, de la propriété de faire naître, en présence de la phénylhydrazine, des cristaux en aiguilles fines, qui ne peuvent être distingués des premiers ni par l'examen histologique ni par l'étude des caractères physiques.

Geyer accepte l'opinion de Thierfelder : il a extrait de la purée indienne (laquelle contient probablement des sédiments urinaires d'éléphant ou de chameau) l'acide glycuronique, et la solution qu'il a préparée lui a fourni, en se combinant avec la phénylhydrazine, les cristaux caractéristiques.

C'est donc là une cause d'erreur qui enlève toute valeur au procédé de Fischer.

Prenant en effet l'urine non sucrée de plusieurs sujets et faisant agir la phénylhydrazine, il a obtenu les cristaux. Il a constaté enfin que, dans l'urine sucrée, la phénylhydrazine constituait un réactif moins sensible que certains autres; elle ne permet pas de déceler une quantité de

sucre inférieure à 0,03 0/0, tandis que l'épreuve de la fermentation peut réussir avec 0,005 0/0 de sucre.

L'usage de la phénylhydrazine ne se répandra pas dans la pratique.

L. GALLIARD.

Ueber den Werth der Phenylhydrazinzuckerprobe (Sur la valeur de la phénylhydrazine pour reconnaître le sucre), par Joseff Adolf HIRSCHL (*Zeitschrift für physiologische Chemie, tome XIV, p.* 377, 1890).

Les procédés connus pour reconnaître le sucre dans l'urine sont loin d'avoir tous la même valeur. La fermentation et l'examen avec la lumière polarisée sont seules certaines. Dans ces derniers temps, on a proposé l'emploi de la phénylhydrazine. A froid, elle forme une combinaison de glucose-phénylhydrazine $C^6H^{12}O^5.AzH^2.C^6H^5$, et à chaud, une ozazone $C^6H^{10}O^4.(AzH^2.C^6H^5)^2$. Le sucre de canne donne une combinaison analogue; le sucre de lait et le maltose forment une ozazone de la formule $C^{12}H^{20}O^9(AzH^2C^6H^5)^2$.

L'examen se fait de la manière suivante : on met dans une éprouvette 6 à 8 centimètres cubes d'urine; on fait un mélange de 2 parties de chlorhydrate de phénylhydrazine et 3 parties d'acétate de soude. Si les deux substances n'étaient pas dissoutes, on ajouterait un peu d'eau. Le mélange est versé dans l'éprouvette et placé dans l'eau bouillante pendant une demi-heure. Si l'urine contient beaucoup de sucre, il se fait un précipité jaune bien cristallisé. S'il y a peu de sucre, on fait l'expérience dans un vase conique, et on examine les sédiments. N'y eût-il qu'une trace de sucre, les cristaux de phénylglucozazone ne manquent jamais. Mais la formation de grandes ou de petites plaques jaunes, ou de noyaux bruns brillants, ne prouve pas la présence du sucre. On peut, par ce procédé, trouver avec certitude 0,003 0/0 de sucre.

Thierfelder a montré que le glucuronate de potasse forme également une combinaison avec l'acétate de phénylhydrazine; comme il paraît prouver que la substance réductrice de l'urine normale est une combinaison conjuguée de l'acide glucuronique, on en vient à se demander si la phénylhydrazine pouvait être regardée comme preuve de la présence du sucre dans l'urine.

Les expériences de Hirschl l'ont amené à reconnaître que l'acide glucuronique donne des cristaux comparables à ceux de la glucosazone, seulement lorsque l'éprouvette a été maintenue dans l'eau bouillante pendant un temps très court. Si l'immersion dans le bain-marie bouillant dure une heure entière, l'acide glucuronique ne forme plus qu'un précipité brun jaunâtre, qui, observé au microscope, se montre comme constitué de noyaux jaune brun.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Si l'urine donne une réaction précise avec la phénylhydrazine, la présence du glucose est certaine. L'expérience doit durer une heure.

Lorsque, au contraire, on obtient un précipité amorphe brun jaune ou brun, il est très vraisemblable qu'il y a là une combinaison de la phénylhydrazine avec l'acide glucuronique.

E. H.

Ueber die Localisation des Quecksilbers im thierischen Organismus nach Sublimatvergiftungen (Le mercure dans l'organisme après l'intoxixation par le sublimé), par LUDWIG (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 *octobre* 1889).

Pour rechercher le mercure dans les organes, l'auteur les hache finement et les fait cuire pendant plusieurs heures dans une solution d'acide chlorhydrique à 20 0/0, en recueillant les vapeurs dans un condensateur. Les matières albuminoïdes sont décomposées ; l'hydrogène sulfuré se combine au mercure pour former des grumeaux de sulfure de mercure qu'on décompose avec le chlorate de potasse ; le mercure étant ainsi mis en liberté, on ajoute à la solution de la poussière de zinc. On a ainsi un amalgame de zinc dans lequel il est facile de doser le mercure obtenu.

En faisant ingérer à des chiens une solution de sublimé, et en analysant les viscères au bout de 24 heures, on constate que l'organe qui contient le plus de mercure est le rein, puis viennent le foie, la rate, la muqueuse du gros intestin. Il n'y a presque rien, ou même rien dans les autres organes. Rien dans les os. L. GALLIARD.

Ueber das Verhalten des Salzsäurentyrosinaethylaethers... (Sur la transformation du chlorure de tyrosine éthylée dans l'organisme), par Rudolf COHN (*Zeitschrift für physiol. Chemie*, *XIV*, *p.* 189, 1889).

La tyrosine découverte en 1818 par Proust dans le fromage pourri, fut trouvée en 1856 par Frerichs dans l'urine d'un malade atteint de maladie de foie, et Kuhne réussit à l'obtenir dans la digestion pancréatique artificielle de l'albumine, et admit qu'elle avait la même origine dans l'intestin. Mais en réalité, la quantité de tyrosine qui se forme dans le corps des animaux est peu considérable quand on la rapporte à la quantité de matières albuminoïdes introduites chaque jour dans l'économie. Blendermann et Jaffé, en nourrissant un animal avec de la tyrosine, ne trouvèrent pas un accroissement des substances aromatiques de l'urine, ni une relation constante entre la tyrosine et les éléments de l'urine. Boas, dans des expériences du même ordre, ne reconnut pas une augmentation d'acide hippurique.

Les expériences actuelles furent faites sur des chiens et des lapins avec le chlorure de tyrosine éthylée obtenu en faisant passer un courant d'acide chlorhydrique dans de la tyrosine maintenue en suspension dans l'alcool. Ce chlorure de tyrosinéthylée fut introduit en injection sous-cutanée et en injection intraveineuse. On employa de fortes doses, jusqu'à 6 grammes par jour, mais la tyrosine ne put être retrouvée ni dans l'urine ni dans la bile. Il n'y eut pas non plus d'augmentation de la quantité d'acides hydroxylés excrétés, ni de phénols, ni d'acide hippurique. Il est donc probable que la tyrosine subit une complète décomposition dans l'organisme. E. H.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Studien zur pathologischen Anatomie der acuten Encephalitis, par M. FRIEDMANN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. Band XXI, Heft 2, p.* 461, 1889).

Après un exposé historique et critique de l'état de la question, l'auteur rend compte des résultats expérimentaux qu'il a obtenus chez des animaux (lapins, cobayes, moineaux) chez lesquels il a développé une encéphalite tantôt septique, tantôt aseptique. Ces résultats portent que :

1° A la suite de l'introduction de matières septiques dans une plaie cérébrale, il se développait un travail de suppuration donnant lieu à un abcès;

2° A la suite d'une application d'un agent chimique (acide chromique, acide nitrique, térébenthine, poudre de cantharide), il se produisait une encéphalite violente, aboutissant à une néoformation de grosses cellules et à une organisation rapide des éléments néoformés ;

3° A la suite d'un simple traumatisme aseptique, il survenait une inflammation subaiguë, qui s'accompagnait d'abord d'une nécrobiose étendue, et qui se résolvait ensuite en une sclérose progressive, en majeure partie interstitielle.

A l'œil nu il est à peu près impossible, même à un anatomo-pathologiste expérimenté, de distinguer l'un de l'autre ces trois processus. Il faut donc recourir à l'examen microscopique, et l'auteur décrit d'une façon détaillée les particularités histologiques des trois processus indiqués ci-dessus, aussi distincts quant à l'évolution des altérations fines que quant à l'étiologie.

Le point intéressant de ces recherches réside, d'après l'auteur, dans la distinction de trois formes d'encéphalite, tandis que jusqu'alors on ne distinguait que deux formes, l'encéphalite simple et l'encéphalite suppurée. L'auteur croit avoir assuré une existence autonome à l'encéphalite consécutive à des applications de caustiques. Cette forme d'encéphalite a été très bien décrite par Hayem, qui toutefois en avait méconnu le véritable caractère, en avait fait une encéphalite suppurée. L'auteur croit avoir eu le mérite d'établir le premier les caractères différentiels qui séparent l'encéphalite traumatique simple, qu'on développe par exemple à l'aide d'un instrument piquant, de l'encéphalite consécutive à une application de poudre cantharidienne : dans cette seconde forme, l'évolution du processus n'embrasse qu'une durée de deux ou trois semaines, dans la première forme, cette durée se chiffre par des mois ; dans l'encéphalite par application de caustiques, il se fait une prolifération en quelque sorte violente des éléments anatomiques du tissu irrité, prolifération qui entraine une accumulation de cellules épithélioïdes et d'éléments fusiformes; dans l'encéphalite traumatique simple, le travail de prolifération est plus lent et moins intense, compliqué de nécrobiose, donnant naissance à des cellules à granulations, de dimensions ordinaires,

à des cellules-araignées riches en fibrilles, enfin à une sclérose fibrillaire commune.

Bref, dans un cas il s'agit d'une inflammation suraiguë, dans l'autre il s'agit d'un processus irritatif interstitiel chronique ou pour le moins subaigu, processus surtout interstitiel, tandis que l'encéphalite aiguë consécutive aux applications de caustiques est un processus surtout parenchymateux.

Faisant ensuite application des résultats de ses recherches à la pathologie humaine, l'auteur prétend que l'ancienne division du ramollissement inflammatoire en ramollissement rouge et ramollissement jaune, le premier correspondant à un stade actif, le second à une dégénérescence secondaire des produits inflammatoires, que cette division ne saurait être maintenue. Dans l'encéphalite traumatique chronique commune, on observe concomitamment, dès le début, des processus actifs, prolifération de cellules-araignées, extravasation de cellules arrondies, et des processus de nécrobiose. L'auteur n'a jamais observé de stade caractérisé par une accumulation de cellules à granulations; il n'a pas non plus observé qu'un processus suppuratif se soit terminé par guérison à la faveur d'une dégénérescence graisseuse secondaire des éléments du pus. E. RICKLIN.

Der Hund ohne Grosshirn (Résultats fonctionnels de l'ablation totale du cerveau chez le chien), par GOLTZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 695, 29 *juillet* 1889).

Chez un chien, Goltz a enlevé, en deux fois, les deux moitiés du cerveau; l'animal a survécu 51 jours à la dernière opération qui ne lui avait absolument laissé que quelques vestiges des circonvolutions de l'hippocampe.

Cependant ce chien pouvait marcher, se tenir debout et se dresser sur ses pattes de derrière. Hors d'état de manger et de boire seul, il pouvait mâcher la nourriture qu'on lui plaçait dans la gueule. Il dormait et veillait tour à tour, comme à l'état normal. Il grondait, aboyait, gémissait. Les impressions sonores le laissaient inerte. Pour déféquer et uriner, il prenait les mêmes attitudes qu'un animal normal. J. B.

Ueber den Einfluss der Exstirpation der Schilddrüse auf den Gaswechsel bei Katzen (Influence de l'extirpation de la thyroïde sur les échanges gazeux, chez les chats), par A. MICHAELSEN (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLV, p.* 622).

Les échanges gazeux sont exagérés. L'acide carbonique excrété augmente; la vapeur d'eau se comporte comme dans l'état d'inanition. L'oxygène absorbé n'obéit pas à une règle simple. En général, le quotient respiratoire $\frac{CO^2}{O}$ est augmenté. L'auteur accepte l'opinion de Grützner, d'après laquelle la glande thyroïde a pour fonction de neutraliser des déchets de nutrition capables de provoquer des effets analogues à ceux de la strychnine. Il admet que la mort est la conséquence forcée de l'opération, et que les très rares cas de guérison s'expliquent par l'existence de glandes accessoires ou par une suppléance inconnue. A. D.

Experimentelles zur Pathologie des Ileus, par KIRSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, *n° 49, p.* 1000, 1889).

L'auteur recherche la cause des vomissements fécaloïdes dans l'étranglement interne.

Il lie l'intestin d'un chien immédiatement au-dessus de la valvule iléocæcale; l'animal vit six semaines sans vomir; à partir de la troisième semaine il refuse toute nourriture et ne prend plus que de l'eau, il devient d'une maigreur effrayante, tous ses organes s'atrophient. La première portion de l'intestin grêle est à moitié remplie de liquide. La dernière portion (60 centimètres) est le siège d'une distension colossale elle est remplie de matière gris-vert.

Si l'on détermine au contraire l'étranglement d'une petite anse intestinale au moyen d'un anneau élastique, on constate des accidents aigus : tension du ventre, vomissements fécaloïdes, etc.

Il y a donc là un trouble de l'innervation dans le segment supérieur de l'intestin, trouble réflexe dont le point de départ est l'excitation de l'organe par l'anneau qui resserre la partie inférieure. L. GALLIARD.

Ueber Diabetes mellitus, par MEHRING (*Zeitschrift für klinische Medicin, XVI, p.* 431-447).

Mehring a étudié l'influence de la phloridzine sur la glycosurie et la glycemie. Chez les animaux les injections sous-cutanées de phloridzine amènent une glycosurie intense, mais moins durable que celle qui résulte de l'administration interne de cette substance. Les injections intraveineuses amènent la glycosurie sans déterminer aucun trouble de l'état général. La quantité de sucre dans le sang n'est pas augmentée par la phloridzine; la glycosurie est donc déterminée sans glycémie.

La glycosurie a été obtenue chez des animaux entièrement privés d'hydrocarbures. Dans ces conditions on a parfois observé des troubles généraux analogues au coma diabétique. Il se forme alors de grandes quantités d'acétone et d'acide oxybutyrique.

En donnant à la fois la phloridzine et l'hydrate de chloral il se forme de grandes quantités de sucre et d'acide urochloralique ($C^8H^{11}Cl^3O^7$).

Chez l'homme il est possible par l'administration de la phloridzine, de provoquer et de prolonger fort longtemps la glycosurie sans trouble de l'état général. Ce moyen de simuler le diabète mérite en médecine militaire une certaine attention. A.-F. PLICQUE.

Recherches expérimentales sur les causes de l'exagération vespérale de la température normale, par E. MAUREL (*Broch., Paris*, 1889).

En modifiant les conditions d'existence d'un lapin relatives aux repas, à l'éclairage, au mouvement, on peut, à volonté déplacer le maximum de la température nychthémérale, maximum qui dépasse le minimum de 0°,5 à 0°,9. L'influence des repas, qui est la plus considérable, se traduit par une différence de 0°,3 à 0°,5; celle de l'éclairage est de 0°,2; celle du mouvement s'est traduite par 0°,2 environ, mais elle semble variable, et serait probablement plus considérable à l'état de liberté. Les autres influences paraissent négligeables. LEFLAIVE.

Recherches expérimentales sur l'air expiré chez l'homme à l'état normal, par G. LIPARI et G. CRISAFULLI (*Sicilia medica, n° 3, p. 229, 1889*).

Brown-Séquard et d'Arsonval ont appelé l'attention sur la présence d'un principe toxique dans l'air expiré. Si l'on injecte à des animaux le liquide provenant de la condensation de la vapeur d'eau contenue dans cet air, ceux-ci succombent rapidement ; l'action toxique a été attribuée à un alcaloïde de la nature des ptomaïnes et des leucomaïnes. Les expériences de Dastre et Loye, celle de Russo-Giliberti et Alessi ne concordent pas avec les précédentes ; c'est pourquoi les auteurs se sont livrés à des expériences de contrôle. Ils arrivent à cette conclusion qu'il n'existe pas dans l'air expiré de principe susceptible de déterminer la mort chez les animaux soumis à des injections avec l'eau de condensation. La mort doit être attribuée à la septicémie. G. LYON.

Leçons sur les maladies microbiennes, par CABADÉ (*1 vol. in-8°, de 642 pages, Paris*, 1890).

Ce livre est la reproduction de leçons professées l'année dernière à l'Ecole de médecine de Toulouse. L'auteur y étudie successivement l'origine des bactéries, leurs propriétés physico-chimiques et vitales, l'action des milieux sur elles, l'atténuation de leurs fonctions virulentes, puis il expose leurs propriétés pathogènes. Passant en revue les diverses maladies dans lesquelles on a démontré ou soupçonné l'intervention des agents infectieux, il donne la description de ceux-ci et étudie leur action sur les différents éléments des tissus. On trouvera dans ce livre exposés avec clarté et conviction tous les faits de quelque importance touchant les maladies microbiennes : mis au courant de la science actuelle, il coordonne d'une façon remarquable, à côté de faits connus de tous, une série de données plus récentes, ou moins vulgarisées et il est certainement en ce moment le plus exact des traités de bactériologie médicale. S'attachant moins aux questions de technique bactériologique proprement dite qu'aux applications de la bactériologie à la médecine, Cabadé expose avec soin les lésions qui résultent de l'action des microorganismes sur les tissus, l'anatomie pathologique à côté de la physiologie pathologique des maladies microbiennes. En résumé, le livre de Cabadé, sans renfermer de données originales sur les sujets qu'il traite, rendra des services comme œuvre de vulgarisation d'une science en voie de transformations et de progrès incessants. GEORGES THIBIERGE.

Recherches sur le transformisme en microbiologie pathogène. Des limites, des conditions et des conséquences de la variabilité du bacillus anthracis, par CHAUVEAU (*Archiv. de médecine expérimentale, 1er novembre* 1889).

Les espèces que forment les microbes pathogènes sont exposées à varier comme de toutes les espèces du monde organisé.

Considérée dans le *bacillus anthracis*, la *variabilité* peut être mise en jeu dans les deux directions *descendante* et *ascendante*.

L'expression de *variabilité descendante* sert à désigner le passage de l'état d'activité pathogène à l'état d'inertie physiologique. L'oxygène, sous tension augmentée, est le meilleur agent qu'on puisse employer pour obtenir, de la variabilité descendante, les types atténués du bacillus

anthracis. Si l'on prolonge suffisamment l'influence de cet agent, le bacille perd complètement ses propriétés virulentes, mais il conserve intégralement ses propriétés vaccinales.

Le nom de *variabilité ascendante* sert à désigner la restitution de propriétés pathogènes à des microbes qui en ont été destitués. C'est la culture quasi anaérobie de bouillon additionné de sang frais qui constitue le moyen le plus sûr de revivifier le bacille charbonneux absolument destitué de sa virulence.

Les types intermédiaires, compris entre la race ultra-virulente et la race ultra-atténuée du bacillus anthracis qui suit la voie descendante de la variabilité ne sont pas doués d'une grande fixité.

Il en est autrement des types de la série ascendante; on en peut distinguer trois différents dont les propriétés respectives semblent définitivement acquises à chacun d'eux :

1° Le bacille amené au bas de l'échelle de la variation descendante, type sans virulence aucune, conservant de solides propriétés vaccinales;

2° Le bacille partiellement revivifié par la variation ascendante et redevenu capable de tuer le cochon d'Inde adulte, même le lapin, et inoffensif à l'égard des ruminants et des solipèdes, et néanmoins pour eux énergiquement vaccinal;

3° Enfin le bacille dont la revivification a été rendue complète, c'est-à-dire poussée au point de restituer à l'agent infectieux sa léthalité à l'égard du mouton, type qui, selon toute probabilité, n'est apte à produire sur le bœuf et le cheval que l'infection vaccinante.

Il y a lieu de penser que ces trois types fixes seront indéfiniment conservés si on apporte des soins suffisants à leur propagation.

Il est possible que ces types variés, à caractères fixes, obtenus et entretenus par l'art expérimental, existent dans la nature, aussi bien que le type ultra-virulent cause de la contagion spontanée. A. GILBERT.

Influence de l'alimentation d'un bacille sur les diastases qu'il sécrète, par VIGNAL (*Archiv. de médecine expérimentale*, 1er *juillet* 1889).

De recherches poursuivies sur le bacillus mesentericus vulgatus, l'auteur croit légitime de conclure que l'aliment agit dans une certaine mesure sur la quantité de diastase sécrétée par ce micro-organisme, sans pouvoir dire s'il agit également sur la qualité des diastases. A. GILBERT.

Sur le dosage de la sucrase. Formation de sucrase chez l'Aspergillus niger, par A. FERNBACH (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 1, 25 *janvier* 1890).

La quantité maximum de sucrase présente dans les cellules apparaît dès l'origine, dès le premier développement de la mucédinée. A mesure que cette quantité décroît dans les cellules, la sucrase apparaît dans le liquide de culture. Il s'en détruit toujours une certaine partie, de sorte que la somme de la sucrase extérieure et intérieure n'atteint jamais le chiffre initial.

Le poids de la plante s'élève et double même sans que la quantité de sucrase s'élève.

Ainsi le chiffre de sucrase ne dépend pas des variations de poids de la plante.

L'apparition de la sucrase dans le liquide de culture suit une marche inverse de celle des cellules. La sucrase ne se montre dans le liquide que par diffusion.

Il ne faut donc pas se hâter de conclure qu'un être ne fabrique pas de sucrase parce qu'on n'en trouve pas dans son liquide de culture. L'aspergillus renferme de grandes quantités de sucrase alors que le liquide de culture n'en contient que des traces.

A un point de vue plus général, les produits que l'on trouve dans un liquide de culture d'un organisme ne donnent qu'une idée très éloignée de ce qui se passe dans la cellule elle-même, centre d'élaboration, où il faut aller chercher ces produits.

Voici pour le dosage. L'unité de sucrase est définie : une quantité de sucrase capable d'intervertir 20 centigrammes de saccharose en une heure à + 56° en présence de 1/100 d'acide acétique. Tel est le principe de la méthode. P. TISSIER.

Zur Ætiologie der Eiterung (Etiologie de la suppuration), par Alfons NATHAN (*Arch. f. klin. Chir. XXXVII, Heft 4, p.* 875).

Nathan a repris les expériences de Grawitz et de Bary, expériences qui semblaient prouver que les injections d'ammoniaque, de nitrate d'argent, de térébenthine, produisaient des abcès dont le pus ne contenait aucun microorganisme. Les expériences de Nathan ont été faites sur les chiens avec les mêmes substances. Dans les cas où des abcès se sont produits, l'ensemencement du pus a donné des cultures positives, mais seulement lorsque l'ensemencement était fait sur des bords plats.— Grawitz et de Bary avaient négligé ce mode de cultures, et si leurs tubes sont restés stériles, c'est parce que les substances injectées et particulièrement la térébenthine ne pouvaient pas s'évaporer. L'importante conclusion de ce court et substantiel mémoire est la suivante : Après les injections d'ammoniaque, de nitrate d'argent, de térébenthine, il ne se produit pas toujours de la suppuration ; lorsqu'il s'en produit, le pus contient des microorganismes. PIERRE DELBET.

Nouvelles recherches sur le microbe pyocyanique, par C. GESSARD (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 2, p.* 89, *février* 1890).

Suivant la nature du sol nutritif, la couleur de la culture varie : verte, fluorescente sans pyocyanine avec l'albumine ; bleue avec la peptone et la gélatine ; verte, fluorescente et bleue à la fois avec le bouillon. La matière verte fluorescente, distincte de la pyocyanine, semble appartenir aussi à d'autres microbes. En dehors de ce pigment, il en apparaît souvent d'autres, accompagnant la pyocyanine (brun, brun rouge, etc.).

La peptone glycérinée à l'état soluble ou en liquide facilite la production et augmente le rendement en pyocyanine dans des proportions qui en rendront l'étude facile. P. TISSIER.

Experimentelle Untersuchungen üb. Desinfect. d. Catgut (Recherches expérimentales sur la désinfection du catgut), par Alb. DÖDERSLEIN (*Münch. med. Woch., n° 4, 28 janvier* 1890).

De ses recherches expérimentales, Dödersleln conclut que l'huile de genévrier conserve parfaitement aseptiques les fils de catgut désinfectés

par le séjour pendant vingt-quatre heures dans une solution au 1/1000 de sublimé.

La stérilisation par la chaleur sèche, 130° centigrades, est aussi un excellent moyen. Le catgut ainsi aseptisé est plus facile à transporter.

P. TISSIER.

Erysipelimpfung bei inoperablen Mamma-Carcinom... (Inoculation d'érysipèle pour un carcinome du sein inopérable terminée par la mort), par L. FEILCHENFELD (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVII*, *Heft* 4, *p.* 834).

Il s'agissait d'une femme de 47 ans, qui avait subi en 1886 l'amputation du sein avec extirpation des ganglions axillaires et sous-claviculaires. En mai 1887 on constata une récidive dans la cicatrice et dans les ganglions de l'aisselle et du cou. L'opération était impossible; mais comme le bras était très œdémateux et les douleurs intolérables, on se décida à faire une inoculation de microcoques de l'érysipèle, qui fut pratiquée par Feilleisen le 12 juillet 1887. L'érysipèle se développa le lendemain, s'étendit avec une grande rapidité et la malade succomba le 16.

On constata à l'autopsie que certains noyaux carcinomateux étaient devenus plus mous. Il y avait dans ces noyaux des amoncellements extraordinaires de cocci de l'érysipèle. Toutefois les noyaux carcinomateux ne paraissaient pas notablement influencés, ce qui tenait sans doute à ce qu'ils contenaient peu de cellules. Dans les formes où les cellules dominent, particulièrement dans le sarcome, l'effet est beaucoup plus marqué. Comme l'action de l'érysipèle sur les néoplasmes, bien que sûrement constatée, n'est pas très puissante, et que l'érysipèle peut se terminer par la mort, les inoculations érysipélateuses n'auront de valeur thérapeutique que si on arrive à dominer la virulence des cultures sans modifier leur effet local.

PIERRE DELBET.

Experimentelles über Peritonitis, par ORTH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 943, 28 *octobre* 1889).

Les expériences d'Orth confirment l'assertion de Grawitz que les cultures pures de pyocoques, déposés dans une cavité péritonéale saine, ne provoquent pas de péritonite; elles sont donc contraires aux expériences de Pawlowsky.

En outre, Orth a constaté un fait important pour la pratique. Si, avec les précautions antiseptiques, on produit une lésion du péritoine, une hernie étranglée, par exemple, il survient constamment une péritonite, dès qu'il existe quelque part dans le corps des pyocoques. Si, notamment, il se trouve, en un endroit quelconque, un abcès sous-cutané dû à des pyocoques, les animaux chez lesquels on a déterminé un étranglement herniaire passager, succombent régulièrement à la péritonite. Le résultat est le même lorsque les pyocoques ont été introduits dans la circulation sanguine, mais non quand on les a introduits dans l'intestin.

J. B.

Zur Lehre von der Ætiologie... (Sur l'étiologie, le mode de production et les formes de la péritonite aiguë), par A.-D. PAWLOWSKY (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXVII*, *Heft* 3).

Pawlowsky injecte dans le péritoine de lapins, de cobayes et de chiens, soit des substances chimiques irritantes, soit des microbes, soit le

liquide contenu dans l'intestin, soit un mélange de microbes et de substances chimiques, à l'effet d'étudier la péritonite expérimentale.

L'huile de croton, émulsionnée avec de la gomme arabique et préalablement stérilisée, fut sans effet sur le péritoine, à la dose d'un dixième de goutte : plusieurs gouttes causèrent une péritonite hémorragique, et l'exsudat ne renfermait ni pus ni microbes.

La trypsine (libre de microbes), à la dose de 0gr,1 à 0gr,5, dissoute dans l'eau, détermina les mêmes lésions, sans pus ni microbes.

Après avoir filtré des cultures de *staphyloccus aureus,* il en injecta de 15cc à 30cc dans le péritoine des cobayes, qui moururent de péritonite hémorragique, sans pus ni microbes. Des essais semblables avec le liquide du *streptococcus erysipelatis* restèrent sans résultat.

Les substances chimiques employées dans ces trois séries d'expériences ne produisent donc pas de péritonite purulente ; d'où Pawlowsky tire cette conclusion : *sans microbes, pas de suppuration.*

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur injecta, avec les mêmes précautions que plus haut (asepsie rigoureuse et en ayant soin de ne pas léser l'intestin) deux microbes non pathogènes. Il n'observa pas de péritonite consécutive.

Des cultures de *staphylococcus pyogenes aureus* déterminèrent, à faibles doses, une péritonite avec suppuration ; à forte dose, une péritonite fibrineuse. Mêmes effets avec le bacille pyocyanique. Plus les animaux vivent longtemps après l'injection, plus la péritonite prend un caractère purulent.

Pour décider quelle est la cause de la péritonite après perforation intestinale, Pawlowsky injecta dans le péritoine de deux séries de lapins, du liquide intestinal d'un autre lapin, filtré d'une part, non filtré d'autre part. La première série n'eut pas de péritonite, tandis que l'autre série mourut de péritonite avec de nombreux bacilles dans l'exsudat. Des cultures pures de ce bacille provoquèrent, selon la dose du liquide injecté, une péritonite soit aiguë fibrineuse, soit hémorragique, soit purulente.

Enfin dans une dernière série d'expériences, P. injecta des microbes virulents à dose faible; dans ces conditions, il n'y eut pas de péritonite. Mais mélangés même à dose faible soit à l'huile de croton, soit à la trypsine, ces microbes provoquèrent une péritonite mortelle. Les substances chimiques irritantes favorisent, par conséquence, l'infection et la péritonite. Il en est de même si l'on injecte avec de faibles doses de microbes du bouillon : celui-ci servirait à activer la multiplication du microbe. Les amas de fibrine, des extravasations sanguines, etc., pourraient jouer le même rôle à l'égard des microbes. ED. RETTERER.

I. — Etude bactériologique sur les péritonites par perforation, par LARUELLE (*La Cellule, t. V, fasc.* 1, 1889).

II. — Sur l'étiologie de la péritonite, par Eug. FRÆNKEL (*München. med. Woch., n°* 2, *janvier* 1890).

III. — Recherches sur l'étiologie de la péritonite, par Aug. PREDOHL (*Münch. med. Woch., n°* 2, *janvier* 1890).

I. — Nos connaissances bactériologiques sur les péritonites par per-

foration sont très peu développées, et c'est à peine si l'on a signalé la présence des micro-organismes dans l'exsudat péritonéal. Nous ne possédons à ce sujet que les indications de Nepveu et de Cornil et Babès. Il faut, en outre, isoler et cultiver les organismes rencontrés, tenter avec des cultures purifiées de reproduire la maladie, retrouver le microbe dans l'organisme infecté. C'est ce que l'auteur a fait.

Dans deux cas de péritonite par perforation survenue à la suite d'étranglement herniaire et dans de nombreux cas de péritonite par perforation expérimentale, l'exsudat péritonéal renfermait en grande quantité un bacille bien défini. Comparé à celui qui prédomine dans le contenu intestinal, et qui n'est autre que le bacterium coli commune d'Escherich, il s'est trouvé avoir les mêmes caractères microscopiques et micro-biologiques. Il y a donc identité entre le bâtonnet rencontré dans l'exsudat péritonéal et le bacterium coli commune.

Laruelle cherche ensuite à déterminer le rôle joué par le bacille de l'intestin dans les péritonites par perforation. Dans ce but, il injecte à des animaux témoins une suspension de bacilles dans l'eau salée stérile, et ne constate qu'une intoxication générale sans signes anatomiques de péritonite. A d'autres témoins il injecte un liquide intestinal stérilisé additionné du bacille vulgaire de l'intestin, et ne trouve pas trace de péritonite. Enfin, dans le péritoine d'une troisième catégorie d'animaux, il pousse du liquide intestinal non stérilisé tenant en suspension le bacille, et obtient alors, outre des symptômes généraux très graves, une péritonite intense terminée par la mort des sujets en expérience. De son expérimentation il conclut que le bacterium coli commune est l'agent véritable de la péritonite par perforation, mais seulement dans des conditions déterminées. Les résultats obtenus dans le cas d'injections sous-cutanées sont essentiellement les mêmes.

Si le bacille seul ne produit aucune péritonite, et si celle-ci ne survient que par l'injection de bacilles en suspension dans le liquide intestinal, en attribuant le rôle principal aux micro-organismes on ne peut se dispenser toutefois de reconnaître un rôle au liquide de l'intestin. Comment ce dernier agit-il? L'auteur montre par des expériences comparatives que le liquide intestinal et en particulier la bile qu'il renferme altèrent l'endothélium, comme le montrent nettement des imprégnations au nitrate d'argent, et il pense que la bile a pour effet de préparer le terrain aux microbes en modifiant profondément, jusqu'à amener leur destruction, les cellules endothéliales. L'auteur, après un parallèle entre les expériences de Grawitz, celles de Pavlowsky et les siennes, termine par quelques considérations sur le bacillus coli communis. Il montre l'importance de ce microbe dans la pathogénie humaine, sa constance dans l'intestin, sa prédominance sur les autres espèces, sa répartition très étendue, depuis la bouche jusqu'à l'anus (Vignal, Escherich). Il insiste sur quelques caractères biologiques de ce bacille, tels que le polymorphisme des cultures sur gélatine, l'absence de sporulation. A. PRENANT.

II. — L'auteur a examiné 15 cas de péritonite suppurée et toujours trouvé des micro-organismes. Voici quelques cas : péritonite suppurée secondaire : 1° à une perforation intestinale au niveau d'une ulcération typhique (streptocoque et staphylocoque pyogène); 2° à la rupture d'un ganglion mésentérique suppuré dans le cours d'une fièvre typhoïde

(staphylocoque pyogène seul); 3° à une suppuration rétro-péritonéale (staphylocoque seul); 4° à une ulcération dans un cas de cancer cæcal (plusieurs bacilles); 5° à un cancer ulcéré du col de l'utérus (staphylococcus pyogenes citreus); 6° à une cholécystite ulcéreuse (staphylococcus pyogenes albus et streptocoques, etc).

C'est le streptocoque pyogène, identique au streptocoque de l'érysipèle, qui se rencontre le plus souvent. A côté des streptocoques, on trouve d'autres bacilles, liquéfiant la gélatine en donnant une odeur épouvantable, qui produisent, la plupart, des substances toxiques, ainsi que Fränkel l'a constaté. Peut-être l'intervention de ces micro-organismes joue-t-elle un rôle dans la production de certaines formes de péritonite. L'auteur n'admet pas la division de Bumm en péritonite septique et péritonite putride, qui ne tient pas devant le fait. Les substances chimiques (teinture d'iode) peuvent causer la péritonite séro-fibrineuse d'abord, puis suppurée, par passage des micro-organismes de l'intestin dans le péritoine.

III. — L'auteur a examiné au point de vue bactériologique 14 cas de péritonite. Dans 4 cas, il ne trouva qu'une seule variété de micro-organisme (dans 1 cas, petits cocci; dans les trois autres, streptocoques pyogènes); dans les 10 autres cas, il y avait plusieurs micro-organismes (dans 4 de ces cas existaient des streptocoques pyogènes). L'inoculation du liquide péritonitique dans le péritoine de souris blanches et de cochons d'Inde ne détermina jamais de péritonite, mais des accidents septicémiques.

9 fois, il s'agissait de péritonite par perforation; 4 fois, de péritonite post-opératoire; une fois, de péritonite post-puerpérale. Dans les 9 premiers cas, les micro-organismes étaient multiples. Dans les derniers, il s'agissait de cocci, ce qui va à l'encontre de l'opinion de Bumm, qui rattache toujours la péritonite puerpérale au streptocoque. P. TISSIER.

Ueb. d. Einfluss d. Verdünnung auf. d. Wirksamk. d. Tub. Gift (De l'influence de la dilution sur l'activité du virus tuberculeux), par O. BOLLINGER (*Münch. med. Woch.*, *p.* 731, 22 *octobre* 1889).

Du lait pris dans les laiteries de Munich se montra inoffensif (injection intra-péritonéale). Le lait virulent de vaches tuberculeuses perd ses propriétés virulentes lorsqu'on le dilue dans certaines proportions. Le mélange du lait de ces vaches tuberculeuses avec celui de vaches saines diminue de beaucoup le danger. La dilution des crachats ou des cultures de bacille atténue leur virulence : la diffusion étant d'autant plus étendue et plus rapide que le virus est injecté à dose plus considérable.

Gebhart chercha à savoir le nombre de bacilles suffisants pour amener la mort d'un cobaye. En diluant un crachat, et en comptant les bacilles avec un hématomètre il put doser le nombre de bacilles injectés. 820 bacilles suffirent à déterminer une tuberculose mortelle.

Une seule bactérie suffit pour tuer un cobaye par le charbon, une souris par la septicémie. P. TISSIER.

Contributo sperimentale allo studio dei processi locali determinati del bacillo tifoso, par MYA et BELFANTI (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino janvier et février* 1890).

Avec une culture particulièrement virulente pour les animaux, Mya et Belfanti ont pu provoquer, par l'injection intra-péricardique et myocardique du bacille d'Eberth-Gaffky, une péricardite intense avec exsudat gélatineux dans le médiastin : le péricarde contenait un abondant exsudat séro-fibrineux et dans les cas les plus graves un épanchement purulent et hémorragique occupant surtout la base du cœur ; il y avait en général de nombreuses ecchymoses sous-péricardiques. L'injection de bouillon pur ou de cultures stérilisées de bacille typhique ne produisait pas de lésions semblables. Dans un cas, l'injection de cette culture dans la veine crurale fut suivie d'une péricardite ; l'injection sous-cutanée de la même culture, en même temps qu'on produisait une lésion traumatique du péricarde, n'a pas déterminé de péricardite, mais seulement la production de pus le long du trajet de la canule. Le bacille typhique peut donc, dans quelques circonstances, se comporter comme le pneumocoque, le staphylocoque, etc., et produire des lésions inflammatoires.

GEORGES THIBIERGE.

Inoculazione delle forme semi lunari di Laveran, par GUALDI et ANTOLISEI (*La Riforma medica*, 25 *novembre* 1889).

Les auteurs ont inoculé à un paralytique général 2 centimètres cubes de sang d'un sujet atteint de fièvre intermittente ; au microscope, ce sang ne renfermait pas d'autres parasites que les formes semi-lunaires de Laveran. Au bout de 13 jours, il se produisit chez le sujet inoculé un premier accès de fièvre suivi d'autres accès à intervalles irréguliers ; on commença au bout de 10 jours à trouver dans le sang des formes amiboïdes sans pigment et au bout de 17 jours des formes semi-lunaires puis des formes rondes pigmentées et des corpuscules sphériques à prolongements flagellaires, c'est-à-dire qu'on vit se produire toutes les formes du parasite de la malaria. (Voy. *R. S. M.*, XXXV, 473.)

GEORGES THIBIERGE.

Sul ciclo volutivo dei parassiti malarici nella febbre terzana (Evolution des parasites malariques dans la fièvre tierce), par GOLGI (*Archivio per le Sc. med. Vol. XIII, n° 7, 1 planche*).

L'auteur met en relief ce fait important que la fièvre tierce est liée au développement d'un micro-organisme différent de celui qui produit la quarte, de telle sorte qu'un simple examen du sang peut conduire au diagnostic de la tierce et des autres formes de fièvre intermittente. Voici le résumé des caractères différentiels du micro-organisme de la tierce et de la quarte :

1° Le parasite de la tierce accomplit son cycle évolutif en deux jours, celui de la quarte en trois ;

2° Les mouvements amiboïdes des parasites dans l'intérieur des globules sont plus vifs dans la tierce que dans la quarte. La différence est telle qu'il est difficile de vérifier pour la tierce les différentes formes que prend le parasite ;

3° Le parasite de la tierce décolore le globule beaucoup plus vite et plus énergiquement. Dans la quarte le globule conserve sa couleur jusqu'aux dernières phases de sa destruction; dans la tierce, au contraire, le globule est décoloré alors qu'il conserve encore sa forme caractéristique;

4° Dans la quarte le globule a de la tendance au rapetissement, tandis que dans la tierce les globules ont plutôt de la tendance à l'expansion et au grossissement.

En ce qui concerne les caractères morphologiques, on peut remarquer une différence dans l'aspect et les contours du parasite endoglobulaire : dans la tierce il a un aspect plus ténu et plus délicat que dans la quarte, dont le parasite a des contours plus accusés; cette différence se remarque surtout dans les premières phases du développement des deux variétés de parasites. Le pigment dans la quarte se présente sous la forme de granulations et de bâtonnets plus volumineux que dans la tierce; il y a aussi une certaine différence de couleur qu'un œil exercé peut reconnaître. Enfin il y a des différences évidentes dans l'évolution de la segmentation du parasite dans l'intérieur du globule : le pigment s'étant graduellement amassé au centre du corpuscule qui représente le parasite, il se forme une sorte d'anneau à la périphérie de ce dernier. Cet anneau est bientôt strié, puis subdivisé en nombreuses particules blanchâtres, globuleuses, bientôt très distinctes et disposées en couronne autour d'un disque central; en même temps le stroma du globule se détruit peu à peu et devient à peine visible; il finit enfin par disparaître. Telle est, avec quelques variantes, l'évolution du processus de segmentation endoglobulaire dans la tierce. Dans la quarte cette évolution est encore plus régulière : le parasite, s'étant accru déjà pendant le premier jour d'apyrexie avec destruction progressive de l'hémoglobine qui se transforme en mélanine, grandit encore pendant le second jour d'apyrexie et envahit presque tout le globule. Le jour de l'accès le globule est envahi tout entier, la substance pigmentée se rassemble au centre du parasite et la segmentation s'opère; mais les corpuscules de segmentation ne sont plus arrondis et globuleux comme dans la tierce, ils ont une forme ovalaire à grosse extrémité périphérique et donnent au parasite l'apparence d'une rosace régulière dont le centre est pigmenté. Chacun de ces corpuscules contient un nucléole. Ils s'écartent graduellement les uns des autres, et finalement deviennent libres lorsque la segmentation est terminée; ils ont alors une forme globuleuse.

Pour l'auteur, les nombreuses variétés de fièvres intermittentes sont de simples variétés de ces deux types fondamentaux. Il met à part le type lié à la présence dans le sang des demi-lunes de Laveran.

F. BALZER.

Recherches expérimentales sur le bacille diphtéritique, par A. d'ESPINE et E. de MARIGNAC (*Revue médic. Suisse romande, X,* 34 *et* 99, *janvier et février* 1890).

La meilleure méthode pour isoler le bacille consiste à prendre un fragment de fausse membrane, à le bien laver à l'eau stérilisée, puis à le triturer dans une solution d'acide borique à 4 0/0 qu'on laisse agir sur lui d'autant plus longtemps que le produit original est plus impur.

L'acide borique ne tue pas le bacille et débarrasse la matière à ensemencer du plus grand nombre des microbes saprophytes. Le meilleur milieu de culture est le sérum coagulé de Lœffler.

Le bacille diphtéritique présente une grande variété d'aspects, suivant l'âge des cultures, le milieu de culture et le mode de coloration. Sa longueur est à peu près toujours la même ; c'est celle du bacille tuberculeux ; les jeunes bacilles seuls sont beaucoup plus courts.

Dans les fausses membranes, les bacilles se présentent sous forme de petites saucisses légèrement recourbées et fortement colorées par le bleu de gentiane ; les bacilles sont bien plus épais que sur les milieux artificiels ; ils sont beaucoup plus nombreux dans les fausses membranes récentes.

Sur le sérum coagulé, les colonies, sans être absolument caractéristiques, offrent un aspect particulier. La colonie est déjà très apparente le lendemain de l'inoculation où elle forme une tache ronde d'un gris opalin qui s'agrandit les jours suivants et finit par prendre la teinte mate des gouttes de cire. Les cultures ne coulent jamais, elles ne ramollissent pas le sérum. Si l'on examine une jeune colonie, à la goutte pendante (immersion à huile de Zeiss 1/12), on constate un caractère constant, c'est l'immobilité du bacille. L'aspect de la culture rappelle une inscription en caractères cunéiformes; à côté de bacilles adultes, on en trouve un grand nombre de plus courts, arrangés en séries parallèles et surmontés parfois d'autres bacilles dans une direction perpendiculaire ; cet aspect cunéiforme est pathognomonique. Dans les colonies plus âgées, l'aspect des bacilles est très variable ; à la périphérie de la colonie, les formes sont souvent différentes de celles du centre. Les déformations portent principalement sur les dimensions. Les bacilles peuvent atteindre 3 ou 4 fois la longueur normale, en même temps qu'une des extrémités renflée prend la forme de massue, de crosse ou de bouteille ; d'autres fois tout le bacille est renflé. On trouve souvent dans l'intérieur des bacilles, des grains très réfringents, qui se colorent plus fortement ; ce sont des grains de protoplasma sans membrane enveloppante.

Le bacille se colore également bien, ou également mal dans les diverses solutions aqueuses de couleurs d'aniline. Au bleu de méthylène employé par Lœffler, d'Espine et de Marignac préfèrent le bleu de gentiane. La méthode de Gram ne décolore pas le bacille ; c'est dans l'examen des microbes des fausses membranes, un bon procédé pour les distinguer des bacilles saprophytes. La coloration à l'aniline présente une grande variabilité ; tantôt elle s'étend à tout le bacille, tantôt seulement aux extrémités renflées ou bien encore aux grains protoplasmatiques ; tantôt enfin le bacille offre un aspect strié, dû à des zones alternativement claires et colorées.

Pour étudier l'action pathogène du bacille sur les animaux, d'Espine et de Marignac ont fait plus d'une centaine d'expériences (surtout des inoculations sous-cutanées) sur des cobayes, des lapins, un pigeon, un chat et un chien. Ils les résument ainsi :

Le bacille ne se retrouve que dans les fausses membranes, il ne peut être décelé dans le sang ou dans les viscères. Il détermine une entérite œdémateuse, souvent hémorragique, qui atteint son maximum dans le duodénum. L'inoculation sous-cutanée du bacille, loin de provoquer

de la fièvre, s'accompagne d'un abaissement considérable de la température.

Les ganglions de la région inoculée sont souvent engorgés et même injectés. Le poison diphtéritique altère profondément la composition du sang qui devient noir, c'est-à-dire chargé d'acide carbonique. L'albuminurie est fréquente mais non constante. La paralysie est diffuse. La virulence des cultures vivantes n'a jamais varié tant qu'elles sont restées pures, qu'elles n'étaient pas de date trop ancienne et qu'elles n'avaient pas été modifiées par des agents extérieurs. Lorsque le virus employé est affaibli par la vieillesse ou atténué par le séjour dans le vide ou par la chaleur, il n'occasionne plus que des lésions locales au point d'inoculation (élimination d'un séquestre).

Le bacille survit 17 jours dans l'urine acide stérilisée et 10 jours seulement dans l'urine neutralisée et portée à l'ébullition. Sur des fragments de flacelle enduits de cultures, le virus s'est conservé 3 mois, en dehors de tout milieu nutritif; présomption très forte en faveur de l'existence de spores. De même une culture de 3 mois conservée à l'abri de la lumière, est redevenue virulente seulement après avoir été mise à l'étuve. Le bacille se développe bien dans une atmosphère privée d'oxygène, mais à la condition qu'il soit dans un liquide. Pour tuer une culture par la chaleur, il faut l'exposer 30 minutes à la température de 60 degrés. Les meilleurs agents chimiques pour empêcher le développement des bacilles de Lœffler sont l'acide salicylique au millième ou même au deux millième, l'acide citrique, le jus de citron, le thymol au millième, le permanganate de potasse à 1/2000, le sublimé. L'acide borique, le chlorate de potasse, l'alun, l'eau de chaux, l'acide phénique sont moins actifs. J. B.

Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur, par L. PERDRIX (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 3, *mars* 1890).

La proportion des morts après traitement (en ne tenant compte que des personnes prises de rage quinze jours après le dernier jour du traitement) est de 53 pour 7,893 personnes traitées de 1886 à 1889, soit de 0,67 0/0.

En outre, la mortalité diminue d'année en année, ce qui est dû à une meilleure appréciation de la gravité des morsures et à une meilleure application du traitement; de 0,94 0/0 en 1886 elle est tombée à 0,33 en 1889, suivant une marche régulièrement décroissante.

La mortalité générale, en tenant compte de tous les cas, de 1,34 0/0 en 1886 est de 0,54 0/0 en 1889.

Les morsures à la tête (mortalité 2,36 0/0), aux mains (mortalité 0,69 0/0) sont plus graves qu'aux membres et au tronc (mortalité 0,27 0/0), ce qui est dû au faible trajet que le virus rabique a à parcourir pour arriver au cerveau ou à la partie supérieure de la moelle pour les plaies de tête, et à l'absence de vêtements qui les protègent pour les mains.

La mortalité totale chez les gens mordus par des chiens seulement suspects (1,13 0/0) est plus élevée que celle des mordus par chiens reconnus enragés par un vétérinaire (0,88 0/0) et moins élevée que celle

des morsures par chiens dont la rage a été démontrée expérimentalement (1,34 0/0).

Les cautérisations, même rapidement faites, et au fer rouge, ne présentent pas une sécurité absolue. La fréquence de la rage (départements de la vallée du Rhône, des Pyrénées, Seine) est due non au climat, mais à l'inobservance de la loi sur la police sanitaire. De 60 cas en 1887, de 90 en 1888, le nombre des cas de rage tomba à 29 en 1889 à Marseille lorsqu'on prit des mesures provoquées par les nombreux cas de rage constatés. A Lyon, au contraire, pour des raisons inverses, la rage est en voie de croissance considérable.

Le maximum des cas correspond à la fin de l'hiver et au commencement du printemps. P. TISSIER.

A quel moment le virus rabique apparaît-il dans la bave des animaux enragés? par ROUX et NOCARD (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 4, *avril* 1890).

L'opinion populaire est que la rage n'est redoutable que pendant les accès de rage. Mais le fait seul qu'un chien mord les personnes avec lesquelles il vit déjà donner à réfléchir.

Pour résoudre cette question, Nocard et Roux ont donné la rage à des chiens en leur inoculant une émulsion de bulbe d'animal enragé dans la chambre antérieure de l'œil. On recueillait la salive dès l'apparition de l'élévation thermique, prodrome précoce (Hœgyes, Babès et Ferré). Chez 3 chiens, la salive était virulente deux jours, trois jours et vingt-quatre heures avant l'apparition des premiers symptômes rabiques.

Chez un chien inoculé par la voie sous-cutanée, trente heures avant l'apparition des premiers symptômes rabiques la salive était virulente.

Chez des lapins inoculés avec le virus fixe, sous la dure-mère, la salive est virulente le sixième jour, au moment même où apparaissent les premiers symptômes rabiques évidents.

Ces données sont sans doute encore au-dessous de la vérité ; l'inoculation sous-cutanée (la seule praticable ici, à cause des nombreux microbes de la salive) est souvent infidèle ; on n'a fait qu'une prise de la salive dans la journée, et on l'a injectée en petite quantité.

Aussi la conclusion qu'un chien peut être dangereux trois jours avant l'apparition de la rage est-elle plutôt en deçà qu'au delà de la vérité.

P. TISSIER.

Sulla virulenza delle capsule surrenali del coniglio nella rabbia, par G. BOMBICCI (*La Riforma medica*, *p.* 47, 5 *avril* 1890).

D'expériences faites avec les capsules surrénales de lapins rabiques, l'auteur conclut que ces organes sont virulents : la virulence leur appartient en propre et ne dépend pas d'une diffusion du virus rabique se faisant après la mort. La rage qui résulte de l'inoculation de ces organes est relativement légère et a une incubation assez longue; ce qui tient probablement à ce que les capsules surrénales contiennent moins de virus que le système nerveux central. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber Hemmung der Milzbrandinfection (Sur l'atténuation de l'infection

charbonneuse), par H. BUCHNER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 11, *p.* 210, 18 *mars* 1890).

II. — Ueber Hemmung d. Milzbrandinfection (2e communication), par BUCHNER (*Ibidem*, *n°* 12, *p.* 227, 25 *mars* 1890).

I. — A l'occasion de la communication de Woodhead et Cartwright à l'Académie des sciences de Paris (1889) sur l'action antidotique exercée par les liquides pyocyaniques sur le cours de la maladie charbonneuse, Buchner publie les résultats analogues qu'il a obtenus sur cette question dont il s'occupe depuis les recherches de Pawlosky sur l'action exercée par le bacille encapsulé de Friedländer sur l'évolution du charbon.

L'injection de cultures de ce bacille allonge l'évolution de la maladie charbonneuse, et dans certains cas les animaux guérissent alors que tous les animaux de contrôle meurent. L'injection de cultures stérilisées à 60° produit le même résultat. Il ne s'agit donc pas de concurrence vitale entre les deux microbes. Il s'agit d'une action chimique qui semble surtout s'exercer localement. Elle détermine une infiltration purulente des tissus, dont le rôle a peut-être ici son importance.

II. — Cette seconde communication présente un grand intérêt. Sur 29 animaux, 8 servant de témoins succombèrent dans les quarante-huit heures; les 21 autres, auxquels on avait fait des injections d'émulsions *stérilisées* de bacilles capsulés de Friedländer survécurent : 10 de 1 à 4 jours et 11 définitivement.

Quel est le mode d'action de l'émulsion stérilisée? S'agit-il d'une substance soluble toxique pour les bactéries ou d'une action cellulaire ? Cette dernière explication peut s'appliquer au cas où les injections furent faites au voisinage de l'injection charbonneuse. On sait que l'inflammation est une cause de dégénérescence de la bactéridie du charbon.

Mais chez un certain nombre d'animaux, on fit les injections à distance ; il y a donc eu alors action sur tout l'organisme. L'injection d'émulsion stérilisée de bacille de Friedländer produisait chez les animaux une augmentation de la température.

Pour vérifier cette action pyrétique, Buchner s'injecta à lui-même 0,5 centimètres cubes d'émulsion stérilisée de bacille de Friedländer, très diluée.

Une heure et demie après l'injection (bras gauche), douleur le long des lymphatiques et sous l'aisselle ; une demi-heure après, frisson, élévation de la température. Sensation de chaleur. Cinq heures après l'injection, la température atteignit son acmé, 38°,6 dans l'aisselle. Pouls 108. Ensuite sommeil agité et sueurs. Le lendemain, rougeur érysipélateuse et tuméfaction de la peau. Traînées lymphatiques. Légère chaleur. Le troisième jour, guérison.

Ainsi donc l'injection d'une émulsion stérilisée de bacilles encapsulés de Friedländer produit un érysipèle aseptique, une lymphangite aseptique et de la fièvre aseptique. Les bactéries peuvent donc agir par leurs produits chimiques.

Le bacille de Friedländer fabrique ainsi des produits pyrogènes et phlogogènes, de la classe des amines vraisemblablement.

Il est probable que son action sur l'évolution du charbon s'explique par le processus fébrile qu'il provoque. P. TISSIER.

I. — Bactéridie charbonneuse asporogène, par E. ROUX (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 1, p. 25, 25 janvier 1890*).

II. — Etudes sur l'immunité. Le charbon des pigeons, par El. METCHNIKOFF (*Ibidem, n° 2, février 1890*).

I. — Voici le procédé de Roux pour obtenir les bactéridies asporogènes. On ensemence des tubes contenant du bouillon de veau additionné de 2/10000, 4/10000, 6/1000, etc., jusqu'à 20/10000 d'acide phénique et stérilisés après fermeture à la lampe pour éviter l'évaporation de l'acide phénique ; l'ensemencement doit être fait au sein même du liquide. On maintient les tubes à 30-33°, en évitant que la bactéridie vienne se cultiver à la surface.

Après huit à dix jours, seuls les ensemencements faits après l'avoir chauffé à 65° pendant quinze minutes avec le tube renfermant 2/10000 d'acide phénique sont fertiles. Les autres restent inféconds, les bactéridies sont sans spores.

Il faut employer toute cette série de tubes en raison des variations de la composition du bouillon, de l'origine de la bactéridie, de la facilité d'accès d'air dans la culture, etc.

Ensemencées dans du bouillon ordinaire, les cultures qui ne contiennent pas de spores donnent des cultures successives sans spores. Elles n'ont cependant pas perdu leur virulence, quoiqu'il s'agisse d'une modification permanente, héréditaire, que jusqu'ici on n'a pu détruire. Comme l'ajoute E. Roux ceci montre bien qu'il ne faut pas déclarer à la hâte que deux microbes sont sans parenté parce que l'apparence de leurs colonies n'est pas tout à fait la même et qu'ils liquéfient la gélatine plus rapidement l'un que l'autre. P. TISSIER.

II. — Metchnikoff a étudié le charbon des pigeons pour répondre à une des principales objections, de l'école de Baumgarten, contre la phagocytose, fondée sur l'étude du charbon sur cet animal.

Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° L'immunité des pigeons pour le charbon n'est que relative (inoculation dans la chambre antérieure, inoculation du virus qui a passé par l'organisme du pigeon) et les bactéridies sont loin d'être inaptes à vivre et à se multiplier dans l'organisme et les humeurs de cet animal.

2° Le nombre des bactéridies extra-cellulaires mortes est de beaucoup moindre que celui des bactéries intra-phagocytaires mortes ;

3° Les phagocytes des deux espèces sont capables d'englober les bactéridies vivantes et virulentes ;

4° Le virus charbonneux se renforce dans l'organisme du pigeon.

Le rôle des phagocytes est donc ici de première importance, mais Metchnikoff se défend de l'accusation de nier toute autre influence, servant à débarrasser l'organisme des microbes envahisseurs. P. TISSIER.

Sulla resistenza vitale del bacillo virgola di Koch nelle acque, par Santi SIRENA (*La Riforma medica, 18, 20 et 21 janvier 1890*).

Dans l'eau potable, le bacille virgule meurt au bout de 5 à 8 jours ; dans

l'eau de puits, au bout de 24 heures à 6 jours; dans l'eau distillée et stérilisée ou seulement stérilisée, il reste vivant pendant plusieurs mois; dans l'eau de mer, il reste vivant 4 jours, et dans l'eau de mer recueillie au voisinage du débouché des égouts, il meurt en 24 à 48 heures; dans l'eau des égouts, il vit de 2 à 3 jours. Sa vitalité dépend de la présence des saprophytes et des autres microbes qui se trouvent associés à lui. Sa persistance dans l'eau potable explique la facilité avec laquelle se propage le choléra lorsque le bacille a été introduit dans l'eau qui sert à l'alimentation. GEORGES THIBIERGE.

Résistance des germes tétaniques à l'action de certains antiseptiques, par BOSSANO et STEULLET (*C. R. Soc. Biologie*, 9 *novembre* 1889).

1° Le tétanos est dû à l'action d'un bacille agissant seul ou associé à d'autres bacilles;

2° Les antiseptiques, tels que l'acide phénique, l'iodoforme, l'essence de térébenthine, ne semblent pas avoir d'action sur les spores de ces bacilles;

3° La terre d'une écurie, dans laquelle a séjourné un animal mort tétanique, peut donner le tétanos, même après désinfection à l'eau phéniquée et au chlorure de chaux. P. L.

Sur l'exaltation de la virulence du bacille morveux, par N. GAMALEIA (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 2, février* 1890).

Le bacille de la morve qui est en général peu virulent pour le lapin (à moins qu'il ne soit introduit en quantité considérable par les veines) est exalté par ses passages à travers le spermophile, au point de pouvoir tuer les lapins par injection sous-cutanée.

Il détermine alors chez le spermophile et parfois chez le lapin, non plus une affection à tumeurs inflamatoires, mais une septicémie caractérisée par l'hyperémie de la rate et de nombreux bacilles dans le sang du cœur.

On peut concevoir le processus inverses chez les spermophiles qui succombent au premier virus, il se forme des cellules géantes.

P. TISSIER.

Esperimenti sulla inalazione del virus tetanigeno, par G. SORMANI (*La Riforma medica*, 14 *janvier* 1890).

Le bacille du tétanos et ses spores peuvent être introduits par inhalation dans les voies respiratoires des animaux susceptibles de contracter le tétanos sans produire celui-ci; ils peuvent être injectés directement dans l'arbre bronchique sans produire le tétanos. Le tétanos dit rhumatismal ne peut être attribué à une inhalation accidentelle de virus tétanique. GEORGES THIBIERGE.

Bacteriological investigations of yellow fever, par STUB (*N. York med. journ.*, *p.* 704, 28 *décembre* 1889).

Dans un cas de fièvre jaune, l'auteur a trouvé dans l'urine, outre les cylindres, les globules de sang, les cellules épithéliales, la leucine et la tyrosine, des cocci analogues à ceux qu'a décrits Freire et des bacilles qui

répondent aux descriptions de Lacerda. Ces derniers se colorent par la mthode de Gram. Mêmes micro-organiques dans les matières vomies.

Le foie présentait des cellules complètement détruites, mais on trouvait dans l'organe des éléments arrondis ou ovalaires, contenant des amas noirâtres que l'auteur a considérés comme des accumulations de microcoques; il n'admet pas là de granulations pigmentaires. Les cocci existaient aussi en dehors des cellules. Le foie ne contenait pas de bacilles. L. GALLIARD.

Untersuchungen und Beobachtungen über die Ætiologie und die Kenntniss der Purpura hæmorrhagica, par LETZERICH (*Leipzig* 1889 *et Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *p.* 761, 1889).

Dans deux cas de purpura hémorragique grave, Letzerich a trouvé un bacille qu'il considère comme spécifique. Il a d'autant mieux pu en suivre les phases de développement que l'un des 2 malades était lui-même.

Le bacille se rencontre dans les taches purpuriques, mais surtout en grande abondance dans le foie, où il paraît se développer par poussées. En s'établissant dans les points où s'effectue la ramification dichotomique des capillaires, il exerce une action chimique sur l'albumine du sang qui se transforme en une substance gélatineuse. De là des troubles circulatoires qui déterminent les extravasats sanguins.

Les injections de cultures pures provoquent le purpura hémorragique chez les lapins; la maladie évolue lentement; même dans les cas graves elle dure rarement moins de 9 mois. J. H.

Ricerche batteriologiche e sperimentali sulla genesi dell'infezione emorragica, par TIZZONI et GIOVANNINI (*Atti. della Reale Accad. di Sc. di Bologna*, 1889).

Dans des cas de purpura infectieux, les auteurs ont pu faire des cultures avec les divers organes, peau, foie, reins, rate et avec le sang ou la sérosité du péricarde. Dans la peau qui avait été affectée d'impetigo chez leurs malades, les auteurs ont pu isoler un staphylocoque pyogène; dans les organes, un bacille; rien dans les humeurs. Ils considèrent le bacille comme étant le facteur principal de l'infection hémorragique. Ce bacille est aérobie et anaérobie, se développe facilement sur les divers milieux de culture, avec des colonies d'une couleur gris-jaunâtre. Il est stérilisé à 70° au bout d'une heure, il conserve longtemps sa virulence. Il se colore par les couleurs d'aniline en résistant à l'acide nitrique, mais non à la solution de Gram. Les animaux en expérience ont présenté des hémorragies cutanées et des urines albumineuses; ils succombaient en 24 heures ou en 3 jours avec des lésions semblables à celle de l'homme. Les animaux injectés avec le liquide de culture stérilisé à 70° ont résisté aux injections de cultures fraîches. F. BALZER.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Action du sublimé sur les alcaloïdes, par GAY (*Gaz. hebdom. Montpellier, n° 3, 1890*).

Le chlorure mercurique est rangé parmi les réactifs des alcaloïdes, en vertu de la qualité qu'il possède de les précipiter de leur solution aqueuse. Il semblerait donc qu'il y a incompatibilité pharmaceutique entre ces agents. Cependant, afin de rendre les solutions aseptiques, on prescrit souvent l'addition de sublimé aux solutions d'alcaloïdes. Gay s'est proposé de rechercher les limites de cette incompatibilité. Ses essais ont porté sur le sulfate d'ésérine, l'homatropine, les chlorhydrates de cocaïne, de morphine, de pilocarpine, les sulfates d'atropine, de duboisine et le nitrate d'ésérine. Après avoir préparé avec chacun de ces sels des solutions au 1/100, 1/25, et pour quelques-uns au 1/10 il verse dans chacune d'elles une solution de sublimé, peu à peu, puis en excès, au titre de 1/25 ; 1/100 ; 1/1000.

De ses recherches, il résulte que : 1° l'on peut associer presque en toutes proportions le sublimé aux solutions de sulfate d'atropine, de duboisine, d'ésérine et d'homatropine; 2° l'association du sublimé aux chlorhydrates de morphine et à la pilocarpine (nitrate et chlorhydrate) peut être effectuée dans des limites assez larges ; 3° le chlorhydrate de cocaïne seul se montre assez sensible à l'action du bichlorure ; mais le mélange de ces deux corps peut être opéré si les doses ne sont pas élevées ; il n'y a donc pas incompatibilité absolue. A. MOSSÉ.

Sur l'action comparative des sels de potassium et de sodium et en particulier des iodures de potassium et de sodium, par LABORDE (*Bull. de l'Acad. de méd., 4 mars* 1890).

Si l'on considère les bromures de potassium et de sodium, l'expérience sur les animaux a montré que, à la dose efficace, où le premier produit les effets caractéristiques d'atténuation ou d'abolition, avec collapsus complet, le second est sans action appréciable d'aucune sorte. Il faut tripler et même quadrupler cette dose pour arriver à un résultat sensible. Il en est de même chez l'homme dans les applications thérapeutiques.

Une différence très accentuée existe également entre le chlorate de potasse et le chlorate de soude à des doses trois fois plus élevées ; ce dernier ne parvient pas à produire les effets physiologiques et toxiques du chlorate de potasse; il ne doit donc pas être rationnellement substitué à son congénère potassique.

Il en est de même pour les iodures de potassium et de sodium, considérés dans leur action parallèle. L'action de l'iodure de potassium sur le système nerveux central et en particulier sur la portion bulbo-myéli-

tique de ce système se traduit par des effets de contracture généralisée, tétaniforme, bien observables sur la grenouille; avec l'iodure de sodium, même employé à une dose double et triple, on n'observe que des phénomènes de collapsus sans contractures. Cet iodure doit donc, sur le terrain pratique, céder le pas à son congénère potassique, qui n'agit sur le cœur en particulier que secondairement, c'est-à-dire après avoir influencé le système nerveux central. OZENNE.

Experimental research as to the general comparative action of the natural and artificial salicylic acids and their salts of sodium, par CHARTERIS (*Glasgow med. journ.*, *p.* 407, *décembre* 1889).

L'auteur emploie les injections hypodermiques :

La salicine à la dose de 30 grains (près de 2 grammes) ne menace en rien la vie du lapin en expérience, mais abaisse la température de 1°;

L'acide salicylique obtenu naturellement par l'oxydation de la salicine ou tiré de l'essence de Wintergreen n'est pas nuisible à la dose de 10 grains (0gr,64);

Le salicylate de soude fabriqué avec l'acide salicylique naturel n'est pas mortel même à la dose de 32 grains (2 gr.); il détermine la prostration et la baisse de la température;

L'acide salicylique artificiel à la dose de 10 grains cause d'abord la paralysie des fléchisseurs, puis la mort dans de violentes convulsions;

Le salicylate de soude à la dose de 4 grains (0gr,25) détermine une paralysie lombaire; à 8 grains (0gr,50) il s'y ajoute des mouvements de manège rotatoire; à 12 grains (0gr,75) la paralysie est plus marquée, la dépression est grande; à 18 grains (1gr,16) perte complète de mouvements et mort rapide.

Ces différences tiennent aux impuretés des sels du commerce; l'auteur n'a pu les isoler.

Il propose de continuer ses expériences avec l'acide salicylique artificiel, mais chimiquement pur. P. DUFLOCQ.

Recherches sur l'action de l'acide salicylique sur la contractilité musculaire, par LIVON (*Marseille médical*, *n°* 1, *p.* 1, 1890).

Les muscles de la grenouille, sous l'influence de l'acide salicylique, qui agit sur les centres nerveux, présentent les phénomènes suivants :

1° Accroissement de l'excitabilité; 2° phénomènes de l'addition latente; 3° excitabilité décroissante; 4° épuisement prompt, mais réparation prompte, ce qui donne lieu au tétanos rythmique, à la contraction initiale.

Ces derniers faits tendent à démontrer que dans le mouvement rythmique du cœur, il ne faut pas voir une particularité de la fibre musculaire, mais bien une particularité de l'excitation. LEFLAIVE.

Beitrag zur Kenntniss der Chloratwirkung (Contribution à la connaissance de l'action des chlorates), par A. FALK (*Archiv für die gesammte Physiol. XLV*, *p.* 304).

On connaît l'action des chlorates alcalins pour la production de la

méthémoglobine. Cette influence destructive sur le sang qui a été observée sur des chats et des chiens ne se produit pas sur le lapin. L'auteur cherche à résoudre ce paradoxe. Il constate d'abord que les sangs laqués du chat et du lapin se comportent de même en présence du chlorate de soude lorsque le laquage a été obtenu par l'eau; que la méthémoglobine se produit plus lentement dans le sang du lapin lorsque le laquage a été produit par la solution de sel marin. Les variétés de résistance au chlorate tiennent aux variétés mêmes de résistance des globules sanguins. Le cas du lapin s'expliquerait par la richesse en eau de son sang et sa pauvreté en serumglobuline. Lorsqu'on diminue par différents moyens la quantité d'eau, on hâte la modification de la couleur. La même chose se produit lorsqu'on favorise la pénétration dans le sang des éléments biliaires. A. D.

De l'acide sulforicinique et de son emploi comme véhicule dissolvant, par RUAULT et BERLIOZ (*Arch. de laryng., décembre* 1889).

L'acide sulforicinique est un produit sirupeux, transparent, de couleur jaune foncé, d'une densité de 1035. Son odeur est nulle, sa saveur peu marquée. Mélangé à l'eau, il forme une émulsion parfaite. A la température ordinaire, il peut maintenir en solution 10 0/0 de naphtol, de créosote; 15 0/0 de salol; 40 0/0 d'acide phénique. Ces deux dernières solutions faites à chaud restent limpides, celles de naphtol et de créosote sont opaques, mais ne déposent pas. Mélangées à l'eau, ces solutions forment des émulsions assez stables pour être employées à tous les degrés de dilution voulus. Ruault s'est servi de ces divers mélanges dans l'ozène, les affections chroniques laryngées, etc. A. CARTAZ.

Ueber die Einwirkung des Zinks auf die Nieren (Action du zinc sur les reins), par HELPUP (*Deutsche med. Woch., n° 38, p.* 782, 1889).

L'auteur a fait à des lapins et à des chats des injections sous-cutanées d'acétate de zinc. Dans presque tous les cas, il a déterminé une néphrite parenchymateuse typique avec dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales. Parfois il n'y avait que de l'hyperémie des reins. L. GALLIARD.

I. — Ueber Chloralamid, par REICHMANN (*Deutsche med. Woch., n° 31, p.* 624 1889).

II. — Chloralamid, par PEIPER (*Ibidem, n° 32, p.* 644, 1889).

III. — Zur klinischen Würdigung des Chloralamids und des Somnales, par A. ROBINSON (*Ibidem, n° 49, p.* 1004, 1889).

I. — L'auteur a administré le chloralamide à plus de 50 malades, à la dose de 2 à 3 grammes. Ce médicament a une action rapide : il produit le sommeil au bout de 30 ou 45 minutes. Il ne détermine pas d'accident; au réveil, les sujets n'éprouvent aucun malaise, on ne constate chez eux aucune modification du pouls. Il calme la douleur dans des cas où la morphine échoue.

II. — Peiper a donné le chloralamide à 24 malades ; chez les adultes il a obtenu l'effet hypnotique au bout de 30 minutes à 1 heure 1/2 avec des doses de 2 à 3 grammes. Les meilleurs résultats ont été produits

dans l'insomnie nerveuse, dans l'insomnie des affections de la moelle, de l'asthme, du rhumatisme articulaire subaigu, des maladies de l'estomac. Plusieurs malades ont éprouvé, au réveil, de la céphalalgie, du vertige, de la courbature ; mais il n'y a eu d'accident sérieux que dans un cas de phtisie laryngée avancée. Quand on a pu comparer l'action de l'hydrate de chloral à celle du chloralamide, c'est à ce dernier qu'on a donné la préférence.

III. — Robinson publie les résultats peu favorables obtenus dans le service de Fürbringer chez 50 sujets (36 hommes et 14 femmes) privés de sommeil par des affections organiques, des maladies infectieuses, ou atteints simplements d'agrypnie nerveuse. Chez ces sujets, le somnal et le chloralamide ont produit des effets analogues à la dose de 2 grammes en moyenne. Ils procurent le sommeil dans la moitié des cas à condition qu'il n'y ait pas de douleurs vives. Ce sont des hypnotiques et non pas des narcotiques.

Quand il existe un état douloureux, le sommeil n'est obtenu que dans 10 ou 15 0/0 des cas.

Le chloralamide détermine parfois l'abaissement de la pression sanguine et l'accélération du pouls.

Au contraire, avec le somnal, le pouls reste plein et non accéléré.

Le chloralamide détermine peu de désordres gastriques, mais le somnal produit souvent des malaises, des nausées, des vomissements. L'un et l'autre donnent du vertige, de la céphalalgie.

Enfin avec le chloralamide, on observe souvent de l'excitation cérébrale, du délire de paroles et d'action. L. GALLIARD.

Die praktische Verwendbarkeit von Phenylhydrazinderivaten als Fiebermittel. (Expériences sur la possibilité d'employer en thérapeutique les dérivés de la phénylhydrazine), par R. HEINZ (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 3, p. 17, 20 janvier* 1890).

Heinz a essayé la diacéthylphénylhydrazine, l'acétyléthylphénylhydrazine, la monobenzoylphénylhydrazine-α, l'éthylènphénylhydrazine-α, l'acide éthylènphénylhydrazinsuccinique, la méthylphénylacétylhydrazine, l'acétylphénylcarbizine et l'acétylphénylsulfocarbizine.

Il a dû reconnaître que tous ces corps possèdent, à un degré variable, les même propriétés réductrices que l'hydracétine et sont comme elle des poisons des globules sanguins, ce qui en interdit l'emploi thérapeutique.

Il a fait également la remarque que la toxicité de la phénylhydrazine ne tient pas seulement à son pouvoir réducteur. En effet de la toxicité décroissante de la phénylhydrazine, de l'hydracétine et de la diacétylphénylhydrazine, il résulte que les propriétés toxiques de ces corps s'affaiblissent au fur et à mesure que les atomes d'hydrogène sont remplacés par des radicaux organiques. Mais jusqu'ici on ne connaît pas de dérivé de la phénylhydrazine dans lequel le dernier atome d'hydrogène soit remplacé par un radical. J. B.

De l'action antithermique de la pyrodine étudiée comparativement avec l'antifébrine et la phénacétine, par P. SIMON (*Revue médicale de l'Est, n° 2, p. 49*, 1890).

La pyrodine est un antithermique fidèle, très actif à petites doses,

d'une administration facile et doué d'une action plus durable que les médicaments similaires. Il doit néanmoins être abandonné à cause de son action éminemment toxique sur le système nerveux et le globule sanguin. LEFLAIVE.

Azione biologica della paramonocloracotanilide, par V. CHIRONE (*La Terapia moderna*, 1889).

La paramono chloracétanilide a le même type d'action que la paramonobromacétanilide (antisepsine) et en diffère seulement par l'intensité de son action, car elle est 6 fois plus toxique que cette dernière : cette différence d'activité qui paraît en contradiction avec le fait de l'activité plus considérable du chlore, peut s'expliquer par la composition des deux composés, le composé chloruré contenant seulement 20,82 0/0 de chlore tandis que le composé bromuré contient 37,38 0/0 de brome et par la solubilité plus grande du composé bromuré. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber ein neues Fiebermittel (Nouvel antipyrétique, l'orthine), par KOBERT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 21, 1890).

II. — Antipyretische Versuche (l'orthine), par UNVERRICHT (*Ibidem*, *n°* 2 *p.* 22, 1890).

I. — Le nouvel antipyrétique proposé par Kobert est l'acide orthohydrazin-paraoxybenzoïque, ou orthine. Ce corps est très instable, mais le chlorhydrate d'orthine est fixe et peut se conserver pendant des mois si on le tient à l'abri de la lumière. La solution aqueuse est incolore ; elle réduit avec une extrême facilité les oxydes métalliques ; elle fait rougir, par exemple, à froid la liqueur de Fehling.

Administré à un chien de 12 kilogrammes, à la dose de 1 gramme par jour, pendant 4 jours, ce sel ne produit aucun malaise ; il donne à l'urine la propriété de réduire, même à froid, la liqueur de Fehling et la solution ammoniacale d'argent, et cette propriété peut persister plusieurs jours.

Chez une chèvre qu'il a laissé jeûner, l'auteur trouve, après l'administration de 5 grammes du même sel, d'abord du sucre et ensuite un corps insoluble dans l'éther et fermentescible ; il en conclut que l'orthine diminue les processus d'oxydation.

Il constate que l'orthine provoque la dilatation des vaisseaux des organes sur lesquels on la fait agir directement. Enfin il admet qu'elle ne trouble pas le cœur.

II. — Unverricht a administré le chlorhydrate d'orthine, à la dose de 0,30 à 0,50 centigrammes, à divers fébricitants ; dans certains cas le résultat a été nul, dans d'autres l'abaissement de la température excessif.

Un typhique, âgé de 21 ans, ayant pris 0,40 centigrammes à midi, eut à 6 heures une température rectale de 35°,6 et des phénomènes de collapsus ; à 4 heures du matin, violent frisson, 39°,9 ; à 2 heures après midi, 40°,2 ; le soir, 38°,1 ; plus tard, 37°,3 ; à partir du 3e jour, la température se maintint au-dessus de 40°. Ces oscillations rappellent ce qu'on obtenait avec la kairine. Les variations du pouls ne reproduisent pas celles de la température.

Outre le frisson et le collapsus, l'auteur a observé d'autres accidents :

nausées, vomissements répétés, malaise, pesanteur épigastrique, diarrhée, céphalée, vertige, insomnie, agitation. Chez deux malades, une dose de 2 grammes administrée par erreur a provoqué des vomissements rapides, de sorte qu'il n'y a pas eu d'intoxication; mais l'effet antipyrétique a manqué.

L'orthine ne peut donc être recommandée comme antipyrétique.

L'auteur l'a expérimentée comme calmant dans le rhumatisme articulaire et musculaire, la sciatique, les névralgies. Il n'a pas obtenu de résultat satisfaisant. Le médicament a provoqué des frissons même dans les cas où la température n'était pas abaissée et a peu calmé les douleurs.

Cependant un étudiant en médecine a été débarrassé d'une névralgie sus-orbitaire par 10 centigrammes d'orthine.

Employée en pommade contre le psoriasis, l'orthine n'a pas réussi aussi bien que les médicaments connus. L. GALLIARD.

Ueber Wirkung einiger Narcotica auf den Eiweisszerfall (Influence de certains narcotiques sur les échanges azotés), par E. SALKOWSKI (*Centr. f. d. med. Wiss.*, *n°* 52, 1889).

Salkowski avait vu déjà qu'en donnant à des chiens en état d'équilibre nutritif, 1gr,50 de chloroforme pendant 4 jours, l'urée dans les urines montait de 16gr,7 à 25gr,3. Ken Taniguti, médecin d'état-major japonais, a repris cette étude. Est-ce là une influence commune à tous les narcotiques ou propre au chloroforme? Il résulte de ses expériences que l'augmentation de l'urée s'observe sous l'influence du chloral et de la paraldéhyde, mais est plus marquée avec le chloroforme. On la constate en administrant de l'eau chloroformée (1gr,5 de chloroforme par jour chez les chiens de grande taille), pendant plusieurs jours (4 jours). Elle est moins marquée après une simple chloroformisation. A. M.

Zur Frage über die Wirkung des Mutterkornes und seiner Bestandtheile auf das Rückenmark der Thiere (De l'action du seigle ergoté et de ses principes constituants sur la moelle des animaux, par A. GRUENFELD (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. Band XXI, Heft* 1, *p.* 628, 1889).

Tuczek (*R. S. M.*, XXIV, 66) a découvert que chez les sujets qui succombent à la pellagre, les cordons postérieurs de la moelle sont envahis par des altérations comparables à celles du tabes dorsalis. Or, ni Tuczek, ni Kokarin, qui a repris les expériences du premier, n'ont pu développer des lésions semblables chez des animaux qu'ils soumettaient à un empoisonnement expérimental par l'ergotine ou ses dérivés. Kokarin a cependant constaté, à l'autopsie des animaux qui ont fait l'objet de ses expériences, certaines altérations du système antérieur de la moelle : dégénérescence des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, des cylindres avec des racines antérieures, altérations des parois des artérioles.

En opérant sur de jeunes coqs et sur des cochons de lait, avec diverses préparations de seigle ergoté pures, préparées suivant les indications de Kobert, Grünfeld a obtenu les résultats suivants : gangrène des crêtes, ulcérations dans le jabot et l'œsophage, chez les coqs; gangrène des oreilles, du groin, des pattes, tuméfaction de la muqueuse

intestinale, chez les cochons de lait; faiblesse musculaire croissante; marasme progressif; conservation des réflexes patellaires; absence de troubles ataxiques. Intégrité parfaite de la moelle (y compris le système antérieur), démontrée par l'examen histologique. E. RICHEIN.

Etude physiologique de l'action de la caféine sur les fonctions motrices, par M. E. PARISOT (*Thèse de Paris*, 1890).

La caféine a une action élective sur le système nerveux dont elle exagère la tonicité, et c'est par l'intermédiaire de celui-ci qu'elle agit sur les autres systèmes. La caféine empêche l'accélération des battements du cœur. Elle paraît maintenir la pression sanguine à son niveau normal et agir sur le cœur par son action vaso-toniqne. La caféine n'a pas une action spécifique sur l'excrétion de l'urée; elle la modifie dans des sens divers sous l'influence de conditions inconnues. Elle paraît élever la température centrale et augmenter la quantité d'acide carbonique exhalé, c'est-à-dire qu'elle augmente les pertes en carbone, sans du reste restreindre les autres. La caféine agit sur les individus inanitiés non pas comme aliment, mais en tonifiant le système nerveux et en permettant, par son ingestion, d'utiliser les réserves de l'organisme.

De ces conclusions physiologiques, l'auteur tire des déductions thérapeutiques qui peuvent se résumer ainsi : dans le traitement des maladies la caféine pourra être fréquemment utile dans les cas suivants : dans les maladies du cœur chaque fois que l'arythmie est observée; dans les cas où, par suite de modifications des fonctions bulbaires, on constate de l'irrégularité de la respiration; elle peut être un excitant de la zone psycho-motrice, et à ce titre être utilisée dans le traitement des mélancolies.

Dans une troisième partie, Parisot étudie les services que la caféine peut rendre dans l'effort et il conclut que : la caféine permet de continuer longtemps l'effort sans fatigue; qu'elle fait disparaître la sensation pénible de la faim et qu'il ne faut pas en continuer longtemps l'usage, sous peine d'épuisement. Il faut, d'après lui, administrer la caféine à doses fractionnées de 0gr, 10 à 0gr, 20 pour une prise, et ne pas dépasser 1gr, 50 dans les vingt-quatre heures. La dose moyenne doit être de 0gr, 50 par jour. CHOUPPE.

Action de la caféine sur les fonctions motrices et respiratoires à l'état normal et à l'état d'inanition, par G. SÉE et LAPICQUE (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 *mars* 1890).

La caféine à petites doses répétées, environ 0,60 par jour, facilite le travail musculaire en augmentant l'activité du système nervo-moteur tant cérébral que médullaire. Elle diminue par suite la sensation de l'effort et elle écarte la fatigue.

En empêchant l'essoufflement et les palpitations de se produire, elle communique l'entraînement. Par son excitation sur le système moteur cérébro-spinal elle active la combustion et permet d'obtenir un travail musculaire intense, même pendant le jeûne. La caféine n'a pas la propriété de remplacer les aliments, elle ne remplace que l'excitation tonique générale que produit l'ingestion des aliments. OZENNE.

Idiosyncrasie gegen Tannin, par V. LANGE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 1, *p.* 11, 1890).

L'auteur ayant badigeonné la gorge chez un homme de 29 ans, atteint de catarrhe naso-pharyngien, à l'aide d'une solution de tannin à 1/15, observe immédiatement après cette manœuvre, un fort gonflement des muqueuses; le nez est bouché et sécrète un flux abondant, le voile du palais et la luette sont extrêmement tuméfiés.

Au bout d'une heure le malade vient se plaindre d'un prurit insupportable et montre une éruption d'urticaire généralisée. Dès le lendemain l'urticaire disparaît, et au bout de deux jours il ne reste plus de trace du gonflement des muqueuses.

Le sujet raconte qu'il a eu deux fois déjà, sous l'influence du tannin, des accidents analogues. L. GALLIARD.

Activité comparée des principes actifs de la digitale, par BARDET (*Bull. gén. de thérap.*, 8 *janvier* 1890).

1° La digitaline chloroformique, amorphe et cristallisée, et la digitoxine pure sont des corps identiques à activité et à propriétés comparables;

2° La digitaline amorphe chloroformique étant très peu différente de la digitaline cristallisée, possède une activité sensiblement égale. Elle n'est donc pas plus maniable que celle-ci; son maintien au Codex n'est par conséquent pas utile.

3° La dose mortelle de digitaline chloroformique amorphe ou cristallisée est de 3 milligrammes à 3 millig.,5 par kilogramme de poids de l'animal (lapin);

4° La digitaline française et la digitaline allemande sont des corps identiques et à propriétés comparables;

5° La dose mortelle de digitalène pure (entièrement soluble dans l'eau) est de 5 à 7 centigrammes par kilogramme du poids de l'animal (lapin). L'activité de la digitalène est donc de 15 à 20 fois moindre que celle de la digitaline chloroformique. P. TISSIER.

Sur la caféine et les préparations de kola, par HECKEL (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 *avril* 1890).

Heckel admet, comme G. Sée l'a avancé dans une communication antérieure, que la caféine agit à doses déterminées, cumulativement sur les systèmes nerveux et musculaire; mais il ne croit pas que dans le maté, le thé, le guarana et le kola, la caféine soit la seule substance active. D'après ses nombreuses recherches, il a constaté qu'après épuisement de la caféine par le chloroforme, la poudre de Kola agissait d'une manière notable sur l'élément musculaire; et alors l'excitabilité nerveuse était à peine sensible. Cette poudre agit en temps que suspenseur de la fatigue musculaire à des doses très faibles, ainsi que le prouvent de nombreuses observations. Introduite dans l'alimentation, elle permet de lutter contre les longues courses en montagne et surtout contre l'essoufflement. C'est ce qui ressort des constatations, faites par les Alpinistes français, depuis l'époque où ils ont fait usage d'aliments à base de kola.

OZENNE.

Sur l'action anesthésique locale de la strophantine et de l'ouabaïne, par PANAS (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 *février* 1890).

Gley et Laborde, ayant avancé que la solution aqueuse de la strophantine et de l'ouabaïne a la propriété de provoquer chez le chien et chez le lapin une anesthésie complète et prolongée de la cornée sans phénomènes congestifs, Panas a entrepris de nouvelles expériences sur les mêmes animaux et a confirmé ces résultats. Mais mises en contact avec l'œil humain, ces solutions ont agi différemment; et de ses recherches cliniques, Panas a conclu que l'ouabaïne douée de propriétés anesthésiques chez le lapin, ne paraît pas avoir d'action chez l'homme; que la strophantine doit, à cause de ses propriétés irritantes très vives sur l'œil humain, céder le pas à la cocaïne. OZENNE.

Acute Antifebrinvergiftung (Intoxication aiguë par l'antifébrine), par MARÉCHAUX (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 41, *p.* 845, 1889).

On administre, par erreur, à un enfant de 5 mois, 25 centigrammes d'antifébrine. Au bout de deux heures et demie, cyanose généralisée, insensibilité absolue. Quatre heures plus tard, l'auteur constate la teinte violacée des lèvres, du nez, des extrémités; yeux tournés en dehors; 12 respirations par minute; 160 pulsations; sueurs froides. L'enfant peut avaler un peu d'eau.

Enveloppement dans un linge humide; quelques cuillerées de vin de Hongrie.

L'enfant se réchauffe et transpire, mais le pouls et la respiration ne subissent aucune modification. Les pupilles sont paresseuses. T. 37°, 2.

Douze heures après l'accident, amélioration notable. Selles copieuses (il y avait 2 centigrammes de calomel avec l'antifébrine).

Après une nuit tranquille, la cyanose disparaît presque complètement; l'enfant guérit.

L'auteur pense que la dose de calomel mêlé à l'antifébrine a contribué à la rapide guérison du sujet. L. GALLIARD.

Fieberhafter Icterus mit Nephritis und Milzschwellung in Folge von Santoninvergiftung (Maladie de Weil à la suite de l'empoisonnement par la santonine), par CRAMER (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 52, *p.* 1067, 1889).

Une fille de 4 ans, ayant reçu un matin de sa mère un vermifuge, est prise le soir de frissons, de vomissements, de diarrhée; ces accidents se manifestent encore le second jour, et le 3e jour la diarrhée persiste.

L'auteur constate un léger ictère; le visage est œdématié. L'urine contient beaucoup d'albumine et du pigment biliaire. L'épreuve de la santonine fournit un résultat positif. Au microscope, nombreux cylindres, globules blancs et rouges. Le ventre est un peu tendu, le foie normal, mais la rate tuméfiée. L'enfant est abattue, déprimée. T. 39°,3.

Les jours suivants l'ictère s'accentue, tandis que la défervescence se produit par degrés. Pas d'autre symptôme nerveux que la céphalalgie, l'apathie et la somnolence. L'ictère et l'albuminurie persistent encore 10 jours avec l'intensité primitive, puis disparaissent en 8 jours. Les matières fécales sont toujours colorées par la bile.

Traitement expectatif : boissons abondantes, aliments liquides. Guérison complète.

On n'a pas pu mesurer la dose de santonine absorbée par l'enfant.

L. GALLIARD.

Poisoning from Gasoline, par BILLER (*N. York med. journ., p.* 602, 30 *novembre* 1889).

Les dérivés du pétrole sont d'un usage si répandu qu'on peut s'étonner de trouver, dans la littérature médicale, si peu de renseignements sur les accidents qu'ils produisent.

Voici deux cas intéressants :

1° Un enfant de 18 mois saisit un récipient qui contient un quart de pinte de gazoline, en boit une partie et répand le reste sur sa robe; il passe dans la chambre voisine et tombe; sa mère le trouve sans connaissance. Au bout de dix minutes, l'auteur constate qu'il a le pouls incomptable, la face livide, les membres raidis, le ventre tympanisé; il respire huit fois par minute. Mis dans un bain chaud, il revient à lui, parle à ses parents, mais au bout de deux minutes il se débat convulsivement et meurt.

2° Un enfant de 19 mois, ayant bu une petite quantité de gazoline, tombe immédiatement dans le coma; le pouls est faible, la respiration lente, les bruits du cœur à peine perceptibles; la face est livide, le corps froid. On donne à l'enfant 20 gouttes d'extrait liquide d'ipéca; on injecte sous la peau 2 gouttes d'extrait de digitale et 15 gouttes de brandy. On introduit dans l'estomac un tube auquel est adaptée la pompe d'Allen et on injecte de l'eau chaude; le lavage de l'estomac étant pratiqué, on fait respirer à l'enfant les vapeurs de quelques gouttes de nitrite d'amyle. Le pouls commence alors à devenir plus fort. Dès qu'on cesse les inhalations, l'enfant se cyanose. Au bout d'une heure et demie, l'enfant est hors de danger. Il guérit. L. GALLIARD.

Organe eines Falles von Kali-chloricum Vergiftung (Lésions dans un cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse), par LUBARSCH (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 4, *p.* 112, 15 *février* 1890).

Homme de 35 ans, plongé dans le coma. Ictère; urine rare, trouble, contenant des traces d'albumine et pas d'hémoglobine; ni diarrhée, ni fièvre.

Autopsie : pas d'ictère notable; conjonctives brun gris. Hémorragies sous-endocardiques et sous-pleurales; liquide faiblement brunâtre dans le péricarde. Rate très volumineuse; sa pulpe fait hernie sur les coupes. Reins flasques, brun gris, avec stries brunâtres dans les cônes médullaires. Foie hypertrophié, opaque, mais résistant et de couleur chocolat à la coupe. Hémorragies multiples dans l'estomac et l'intestin.

Les tubes urinifères droits contiennent de gros blocs bruns agglutinés à la façon des globules rouges. La rate renferme beaucoup de cellules avec blocs brun jaune et quelques blocs libres. Dans le foie se trouvent du pigment brun en abondance et des blocs jaunes.

Des lésions semblables ne se rencontrent que dans 3 empoisonnements (morilles, toluylendiamine et chlorate de potasse).

Une enquête apprit en effet que cet homme avait, par erreur, avalé un gargarisme contenant 100 grammes de chlorate de potasse (*R. S. M.*, V, 62; XV, 83 et 86; XVIII, 52 à 57; XXIII, 455 à 458; XXVI, 63 et 495; XXIX, 494; XXXI, 62 et 491; XXXIII, 72 et XXXIV, 75). J. B.

I. — Peripheral paralyses due to carbonic-oxide poisoning, par G. W. JACOBY (*N. York med. journ., p.* 172, 17 *août* 1889).

II. — Poliomyelitis nach Vergiftung mit Kohlendunst (Poliomyélite due à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone), par ROKITANSKY (*Wien. med. Presse, n°* 52, *p.* 2049, 1889).

I. — Deux cas de paralysies périphériques à la suite de l'intoxication par l'oxyde de carbone :

[illegible] un poêle dé- [illegible] insensible pendant six [illegible] à jambe droite.

[illegible] paralysie portant sur le tibial [illegible] extenseur commun, les péroniers, [illegible] partie externe de la [illegible] dégénérescence se mani- [illegible] n'est qu'au bout de quatre [illegible]

[illegible] les extenseurs propres, et [illegible] après une tentative [illegible] troubles sensitifs légers sur le [illegible]

[illegible] poêle sont asphyxiées [illegible] meurt le 9e jour. Chez cette der- [illegible] au sacrum, aux cuisses et aux [illegible] sont remplacées [illegible] pas de sucre.

[illegible] hémorragique, hémorragies [illegible] membre inférieur gauche. Hyperémie [illegible]

[illegible] est molle et semée de points apoplectiques, [illegible] dans la moelle cervicale et [illegible] les foyers de ramollissement [illegible]

[illegible] des nerfs sciatiques et de leurs branches est teintée en rose [illegible] L. GALLIARD.

Ein Fall von Selbstvergiftung mit Kaliumbichromat, par KLIMESCH *Wiener* [illegible] *et Vierte j. f. gerichtl. Med., nouv. série, LII*, 195, [illegible]

Homme de 13 ans, ayant avalé 2 ou 3 grammes de bichromate de potasse [illegible] dyspnée, céphalalgie, [illegible] et escharification diffuse de la mu- [illegible] Mort le [illegible] jour. A l'autopsie, hémorragies dans les pou- [illegible] à côté d'altérations [illegible] des reins. Durant la vie, les matières fécales n'avaient renfermé [illegible] mais elles contenaient [illegible] p. 100 de carbonate d'ammo- [illegible] l'urine renfermait le premier jour une proportion [illegible] il subsistait encore des traces le lendemain. Le [illegible] contenait aussi de l'albumine et des cylindres granuleux, mais [illegible] J. B.

A case of ptomaine poisoning, par MARSH *N.-York med. journ., p.* 516, *9 novembre* 1889.

Garçon de 5 ans, ayant eu, pendant la convalescence d'une rougeole régu- [illegible] des coliques fréquentes. Le 7 décembre, coliques et vomissements, P. 122, T. 104°,5, F., 48 respirations par minute; anxiété, ventre douloureux à la pression, tympanisme. On prescrit du calomel et du salol.

Le 8, T. 102°,75, R. 48, tympanisme, délire.

Le 9, vomissements noirs, collapsus, mort le 10.

Autopsie. Pas de péritonite; le côlon est vide et rétracté, pas d'ulcération intestinale, plaques de Peyer normales. L'estomac ne présente que des dila-

tations veineuses. Foie tuméfié, congestionné; reins normaux, poumons congestionnés aux bases.

En présence de ces constatations négatives, l'auteur persiste dans le diagnostic posé pendant la vie : empoisonnement par les ptomaïnes. Il suppose que la rougeole a préparé l'organisme à cet accident mortel.

L. GALLIARD.

Twenty-three cases of tyrotoxicon poisoning, par CAMMANN (*N.-York med. journ.*, *p.* 573, 23 *novembre* 1889).

Au mois de mars 1889, 23 enfants d'un grand pensionnat de New-York tombent malades presque simultanément : céphalée, nausées, vomissements, diarrhée, fièvre; parfois un rash scarlatiniforme ; après deux ou trois jours les petits malades guérissent, ne conservant que de la pâleur de la face. Un des enfants, âgé de 12 ans, contracte une broncho-pneumonie double. Pendant le même temps, deux adultes présentent des symptômes de fièvre palustre.

Après avoir recherché en vain la cause de cette épidémie, on apprend que 36 personnes servies par le laitier du pensionnat ont été indisposées. Le lait examiné ne contient pas de tyrotoxicon ; l'auteur attribue cependant à cette substance ou à d'autres ptomaïnes les accidents observés.

L. GALLIARD.

THÉRAPEUTIQUE

Leçons de thérapeutique, 2e série; les médications, par G. HAYEM (*In*-8°, *Paris*, 1890).

L'étude du *traitement des maladies* constitue le point culminant, la conclusion appliquée de la thérapeutique, mais elle a pour point de départ nécessaire, pour base seule vraiment scientifique, une autre étude, celle *des médications*. Telle est l'idée directrice que Hayem avait déjà mise en lumière dans une première série de ses leçons de thérapeutique, et dont la nouvelle série qui vient de paraître apporte une nouvelle démonstration.

Pour compléter cette doctrine de thérapeutique générale, il faut d'abord se demander ce qu'est le médicament, et surtout ce qu'est *l'action médicamenteuse*. Nous ne pouvons plus aujourd'hui nous tenir renfermés dans la belle conception expérimentale de Cl. Bernard, quand il s'efforçait de démontrer que les faits pathologiques et d'ordre thérapeutique sont soumis aux mêmes lois générales que les faits physiologiques. La formule est devenue trop étroite ; elle ne tient pas compte de ce que les travaux contemporains nous ont appris depuis sur la physiologie de la maladie microbienne, elle n'explique pas l'action des *médicaments spécifiques*. Pour ceux-ci « l'action thérapeutique ne découle pas de leur action physiologique... Ils s'adressent non pas à l'organisme, mais;

dans l'organisme, aux germes morbides, c'est-à-dire aux causes mêmes des maladies ».

En dehors de ce cas particulier, c'est à la cellule vivante, et à sa partie fondamentale le protoplasma, que s'adresse le médicament. De même qu'il y a une pathologie cellulaire, il existe une *thérapeutique cellulaire*. « La pharmacothérapie est par suite bien autrement complexe que la pharmacodynamique. Elle suppose cette dernière parfaitement connue, et elle s'appuie, en outre, sur la connaissance de la physiologie pathologique des éléments morbides et des maladies ».

Voilà la conception générale exposée dans les trois premières leçons. C'est certainement la synthèse la plus large et la plus scientifique que permette actuellement l'état de nos connaissances.

L'application de ces principes se trouve faite dans toute la série des leçons qui suivent. A chaque *élément morbide*, correspond et s'adresse *une médication*, avec ses multiples procédés et modes d'action.

Trois médications sont ici particulièrement intéressantes à étudier, à cause des nombreux travaux originaux que leur a consacrés Hayem; ce sont celles qui visent l'hémostase, la reconstitution des forces, la cure des anémies. Nous ne saurions en indiquer même les points principaux; tout est à lire dans ces chapitres d'importance si capitale pour le médecin.

D'autres leçons sont plus spécialement consacrées à l'exposé critique des méthodes et des théories; telles les leçons sur les médications antihydropiques, du diabète sucré, de l'obésité, de la douleur.

Mais partout la même rigueur scientifique se retrouve; description physiologique de l'élément morbide, conditions générales qui lui donnent naissance, indications qui en découlent, méthodes pharmacodynamiques qui lui correspondent.

On voit combien la thérapeutique, ainsi comprise, s'éloigne de son empirisme originel. Elle devient véritablement la synthèse et la suprême raison d'être de notre science. A. CHAUFFARD.

Vorlesungen ueber experimentelle Pharmakologie und klinische Therapie (Leçons de pharmacologie expérimentale et de thérapeutique clinique), par Mariano SEMMOLA (*Traduct. allemande, Vienne*, 1890).

Ce volume est la traduction en allemand des leçons de Semmola sur la pharmacologie expérimentale et sur la clinique thérapeutique. Pharmacologie expérimentale et clinique thérapeutique, c'est précisément le titre de la chaire qu'occupe à Naples Semmola. Rapprocher ainsi le laboratoire de la salle d'hôpital est une innovatian italienne qui mérite d'attirer l'attention. On peut considérer le livre que nous signalons comme la défense et la justification de ce rapprochement. L'idée mère qui a guidé l'auteur, c'est que la pharmacologie basée sur l'expérimentation et la thérapeutique basée sur la clinique doivent se prêter un constant et mutuel appui. Les recherches de laboratoire sont incapables de servir de base à la thérapeutique, qui agit sur un terrain spécial, pathologique, qu'on ne trouve qu'au lit du malade. Autant il faut être curieux des enseignements de l'expérimentation, autant il faut être prudent dans ses applications cliniques : les deux enseignements se com-

plètent et se contrôlent. Il ne faut pas oublier que nos connaissances ne sont que partielles et que nos théories reposent autant sur des hypothèses que sur des faits acquis.

L'auteur fait donc preuve d'un scepticisme scientifique de bon aloi: son livre, qui est en réalité un traité de thérapeutique générale, ne peut guère être analysé ici. Nous devons nous contenter d'en indiquer la substance dans ses grands traits.

Il étudie d'une façon générale les origines des substances médicamenteuses, l'absorption des médicaments par les diverses voies, les véhicules, les incompatibilités, les lois générales des formules de prescription, le mode d'élimination, l'action biologique des médicaments, leur antagonisme, les éléments divers de cet antagonisme, leur incompatibilité.

Que doit être la thérapeutique rationnelle, c'est-à-dire, en réalité, la thérapeutique étiologique? Quelles sont les limites de son action utile? Dans quelle mesure l'hygiène et la médication doivent-elles intervenir? Telles sont les principales questions successivement passées en revue.

L'auteur résume lui-même sa façon de voir dans la formule générale que voici : « La médecine pratique est avant tout une science d'observation ; les recherches de laboratoire ne font que préparer et éclairer son problème final, le traitement des malades ; mais ce problème, c'est toujours à la clinique qu'en est réservée la solution. » A. M.

I. — Traitement du pneumothorax tuberculeux, par LEYDEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 6, *p.* 138, 10 *février* 1890).

II. — Même sujet, par P. GUTTMANN (*Idem*, *n°* 8, *p.* 184, 24 *février*).

III. — Selbstirrigation des Thorax bei Empyem und Pyopneumothorax (Irrigation spontanée du thorax), par G. KRIEGER (*Deutsche med. Woch.*, *n.* 10, *p.* 194, 1889).

I. — Leyden est partisan du traitement opératoire du pneumothorax des tuberculeux ; il a toujours au moins pour résultat de prolonger la vie des malades.

Ses opérés sont au nombre de 7 : 4 ayant un pyopneumothorax et 3 un pneumothorax séreux.

Des 4 malades opérés pour pneumothorax purulent, deux ont succombé.

La femme avait un état général désespéré au moment de la thoracotomie.

L'homme a survécu 4 mois, grâce à deux opérations.

Des deux vivant encore actuellement, l'un est le premier opéré de Leyden. Il a eu son pneumothorax il y a 2 ans 1/2 ; à la suite de la résection costale, les poumons sont soudés à la paroi thoracique, la cavité morbide s'est graduellement rétrécie, et il ne reste qu'une fistule. En même temps l'albuminurie et la tuméfaction de la rate ont disparu depuis 6 mois. Les lésions phtisiques, assez avancées au moment de l'opération, ont peu progressé.

L'autre malade de Leyden est une femme opérée le 23 mars 1889 ; la cavité ne contient plus qu'une vingtaine de centimètres cubes de pus et le poids du corps a augmenté de plus de 15 livres.

Pour le pneumothorax séreux, les conditions sont encore moins favo-

rables, vu le peu de tendance à la formation d'adhérences. Des trois malades chez lesquels on a fait des ponctions répétées, deux ont succombé sans avoir éprouvé de soulagement notable. Le troisième a quitté l'hôpital en assez bon état.

II. — Sur 2,200 autopsies de phtisiques pratiquées à l'hôpital de Moabit, on a compté 94 pneumothorax, soit une proportion de 4,2 0/0.

Guttmann a opéré 3 pyopneumothorax. Deux de ces opérations n'ont pas prolongé la vie des malades, mais la troisième a eu un résultat très favorable. Il s'agit d'un homme de 20 ans, opéré le 31 janvier 1883, alors que son pneumothorax avait déjà près d'un an de date et était survenu peu de mois après les premiers symptômes de phtisie ; on fit la résection de la 5e côte gauche. Ce malade a vécu jusqu'au 5 mai 1888, dans un état très satisfaisant, bien que sa fistule thoracique ne se fût pas oblitérée.

Chez un malade atteint de pneumothorax séreux du côté gauche, l'abondance de l'épanchement liquide nécessita l'opération. A la suite de la ponction non aspiratrice, le pneumothorax se reproduisit. J. B.

III. — Krieger se sert d'une canule en T à laquelle s'adaptent 2 tubes, l'un servant à l'évacuation du pus de la plèvre, l'autre à l'apport d'une solution antiseptique placée dans un flacon au-dessus du lit ; chaque tube est pourvu d'une soupape, de sorte que le courant s'effectue toujours dans le même sens.

Après avoir laissé couler une quantité de pus suffisante, on donne accès au liquide antiseptique, lequel est aspiré à chaque inspiration ; chaque expiration chasse de la plèvre une quantité correspondante de liquide et de pus mélangés. De cette façon, l'irrigation et le lavage s'effectuent spontanément. L. GALLIARD.

Ueber die Behandlung der Lungentuberculose mittelst des Krull'schen Apparates, par G. LEUBUSCHER (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 5, *p*. 97, 3 *février* 1890).

Leubuscher a expérimenté les inhalations d'air chaud, suivant le procédé de Krull (*R. S. M.*, XXXIV, 86 ; XXXV, 90 et 498) sur une trentaine de tuberculeux, avec un résultat variable.

Parmi les 16 malades dont il possède l'observation détaillée, il s'en trouve 4 chez lesquels ce traitement s'est montré inefficace, tandis que les 12 autres en ont éprouvé une amélioration plus ou moins considérable, parfois assez complète pour qu'on puisse parler d'une guérison relative.

Chez aucun, la médication n'a occasionné d'accidents, alors même que la température de l'air inhalé était de 50°, température que, comme Krull, Leubuscher a bientôt trouvée inutile. Actuellement il pratique les inhalations à 36° ou 37°. J. B.

Subcutane Creosot und Guajacol-Injectionen bei Lungenschwindsüchtigen, par POLYAK (*Wien. med. Presse*, *n*° 40, *p*. 1565, 1889).

L'auteur a pratiqué, chez les phtisiques, les injections de créosote et de guajacol d'après le procédé de Schetelig. Au moyen d'une seringue de Pravaz de 4 centimètres cubes, il injecte sous la peau de l'abdomen une dose de créosote (mélangée à l'huile d'amande dans la proportion de 20 ou 30 0/0), qui varie de 25 centigrammes à 2f,50 ; ou

bien une dose de guajacol variant de 10 centigrammes à 2 grammes.

Ces médicaments ont une action antipyrétique certaine. Au bout de quelques minutes, le corps se couvre de sueurs profuses. Au bout de 30 minutes, la température baisse de 1° à 2° 1/2, et c'est après 2 heures qu'on note la température minima ; deux heures plus tard, le thermomètre remonte au-dessus du degré noté avant l'injection. Chez un malade, il a suffi d'un gramme de créosote pour abaisser la température de 41° 2 à 35° 2. Les effets sont variables suivant le moment choisi ; à la période d'augment de la fièvre, on obtient peu de chose.

Dans la moitié des cas, l'auteur a vu l'expectoration diminuer ; deux fois l'appétit s'est amélioré. Du reste, pas d'influence de ce traitement sur la marche de la phtisie. L. GALLIARD.

Compressed and rarefied air, par SOLIS-COHEN (*N.-York med. journ.*, *p.* 561, 23 *novembre* 1889).

Solis-Cohen a inventé un appareil fort ingénieux qui permet de respirer alternativement de l'air comprimé et de l'air raréfié, et qui peut être utilisé pour le traitement *à domicile* des affections pulmonaires. Il combine à volonté l'inspiration et l'expiration, soit dans l'air comprimé, soit dans l'air raréfié.

Parmi les malades qu'il a traités avec succès, il cite le cas suivant :

Femme de 32 ans, ayant une grande caverne à droite et une petite à gauche, appartenant à une famille de phtisiques. Sous l'influence du traitement, disparition de la fièvre, diminution de la toux, augmentation du poids du corps (de 107 livres à 152 livres). Chez cette malade, l'auteur a remarqué, pendant une certaine période, la diminution de la suppuration dans la caverne par le traitement de Bergeon.

La patiente continue à se servir de l'appareil de Solis-Cohen et s'en trouve fort bien. L. GALLIARD.

Ueber einige Anwendungen des Natrium Salicylicum (Quelques usages du salicylate de soude), par B. STILLER (*Wien. med. Presse*, *n°* 1, *p.* 6, 1890).

Stiller, à l'exemple des Anglais, considère le salicylate de soude comme un des plus énergiques cholagogues. Il cite deux cures remarquables de lithiase biliaire :

1° Homme de 50 ans, ayant depuis quatre mois des coliques hépatiques quotidiennes et depuis trois mois un ictère foncé ; depuis quelques semaines des accès de fièvre violents. Cachexie rappelant celle du cancer ; foie hypertrophié. Guérison complète en 4 semaines par le salicylate à la dose de 2 grammes par jour.

2° Jeune femme souffrant de coliques hépatiques depuis treize semaines ; les douleurs cessent en deux jours, et au bout de huit jours la malade se lève.

Dans la pleurésie exsudative, l'auteur obtient une rapide résorption de l'épanchement en donnant 3 ou 4 grammes de salicylate par jour. Le médicament agit surtout comme diurétique.

Bons résultats dans la sciatique aiguë récente et la paralysie faciale périphérique. L. GALLIARD.

Die Wirkung der Salicylsäure auf den Uterus, par LINHART (*Wien. med. Presse*, *n°* 49, *p.* 1939, 1889).

Une jeune femme, atteinte de rhumatisme subaigu, n'éprouve de soulage-

ment qu'après avoir pris du salicylate de soude. Ayant renouvelé les doses plusieurs jours de suite, elle a des douleurs à la région sacrée ; la période menstruelle avance de huit jours et dure plus longtemps que d'habitude.

Comme le rhumatisme est tenace, dure plusieurs mois, la malade fait plusieurs fois la même expérience ; puis les hémorragies et les douleurs lombo-sacrées augmentent à tel point que la malade aime mieux subir son rhumatisme que de s'exposer à de pareils accidents.

L'auteur combine alors le salicylate avec l'ergotine et évite de cette façon tout désordre utérin. L. GALLIARD.

Neuere Publikationen über die Therapie des Erysipels (Récentes publications sur la thérapeutique de l'érysipèle), par ULLMANN (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 9, 1890).

Kühnert (*Centralbl. für Chirurgie*, 1886 n° 9) a guéri 3 cas d'érysipèle à l'aide de scarifications punctiformes pratiquées dans l'épaisseur du derme ; sur toute l'étendue de la surface érysipélateuse, les incisions furent lavées avec une solution d'acide phénique à 5 0/0 et pansées ensuite avec une solution à 2 1/2 0/0.

Haberkorn (*ibid* n° 15) prescrit le benzoate de soude aux doses de 15 à 20 grammes par jour. Pas de traitement local.

Hofmokl (*Vien. med. Presse*, 1886, n° 11) trouve les incisions inutiles et applique des compresses d'une solution phéniquée à 3 à 5 0/0.

Konetselke (*ibid* 1886, n° 12) a guéri 20 érysipèles en faisant des frictions avec de l'huile phéniquée à 10 0/0.

Häcker (*St-Petersburg. med. Wochenschrift*, 1885, n° 25) fait faire toutes les heures des frictions avec de l'huile de coco 15 gr. cocaïne 0,30.

Amici (*Roma* 1886) cautérise le pourtour de l'érysipèle avec une solution alcoolique d'acide phénique à 100 0/0 et renouvelle ces cautérisations toutes les deux heures (12 guérisons).

Nussbaum (*All. Wien. med. Zeit.*, 1887, n° 1) emploie conjointement avec les injections phéniquées de Hueter une pommade (ichthyol et vaseline *aa*) et recouvre avec de l'ouate salicylée (5 guérisons).

Classen (*Centralblatt für Chir.* 1887, n° 19) fait des incisions à la limite de la plaque érysipélateuse et applique des compresses de solution de sublimé 1 0/00 (11 guérisons).

Fraipon (*Annales de la soc. méd. chir. de Liège*, 1887) arrose la plaque pendant 10 minutes avec une solution de sublimé à 3 0/00, puis en badigeonne les bords avec du goudron. Pansement à la liqueur de Burow.

Tichomirow (*Woienno-Sanitasnoje*, 1888, n° 24, 25) badigeonne les plaques et leur pourtour avec de la teinture d'iode appliquée 3 à 4 fois par jour ; sur les muqueuses il emploie la glycérine iodée.

Koch (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1889, n° 27) a guéri des cas à l'aide d'une pommade : Créoline 1, Iodoforme, 4, Lanoline 10. BARBE.

Zur Behandlung des Erysipelas migrans. par Carl ROSENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 42, *p.* 917, 21 *octobre* 1889).

Chez un homme de 42 ans, atteint depuis une quinzaine d'un érysipèle ambulant de la face, du tronc et des membres supérieurs, en voie de progrès incessants, Rosenthal a pu arrêter immédiatement la marche envahissante de

l'affection, par l'emploi combiné des injections phéniquées et de la médication de Pirogoff.

Tous les deux jours, le malade prenait, de deux en deux heures, 15 centigrammes de camphre et était mis en sudation plusieurs heures au moyen de thé chaud. Dans les jours intermédiaires, Rosenthal lui pratiquait des injections phéniquées à 2 0/0 dans le tissu sous-cutané des régions érysipélateuses, de 2 en 2 centimètres à raison de la moitié d'une seringue; il fit ainsi dès la première séance vingt injections dont le résultat fut merveilleux. Dès le lendemain, le gonflement et la rougeur avaient presque entièrement disparu et l'érysipèle s'était arrêté, tandis qu'il continuait à progresser sur les régions non encore injectées. Il fit en tout une centaine d'injections qui ne donnèrent lieu à aucun symptôme d'intoxication et seulement à un petit furoncle. J. B.

I. — Mechanische Behandlung der Erysipels, par WÖLFLER (*Wiener klin. Woch.*, 6 *juin* 1889).

II. — Clinical contributions to the treatment of erysipelas, par WEBER (*New-York med. Record, p.* 568, 25 *mai* 1889).

I. — Wölfler emploie contre l'érysipèle des bandes d'emplâtre de traumaticine qui cernent les parties malades et empêchent la progression de la maladie.

II. — Après avoir rapporté un cas d'érysipèle traité par la méthode de Wölfler, Weber préconise comme autre moyen le badigeon phéniqué à 5 0/0. Il rappelle les incisions multiples de Kraske et de Riedel et recommande pour les faire un instrument composé de cinq petites lames étroites, séparées d'un centimètre les unes des autres. P. DUFLOCQ.

Cocaine in diabetes, par Th. OLIVES (*Lancet, p.* 735, 1889).

Olives se fondant sur ce fait clinique que la glycosurie disparaît parfois au cours des affections fébriles a essayé dans le diabète les médicaments pyrogéniques et en particulier la cocaïne (16 milligrammes, trois fois par jour). La cocaïne soulagea beaucoup le malade en faisant cesser une constipation opiniâtre; les forces et l'entrain reparurent; la démarche qui rappelait celle de l'ataxie redevint normale; le poids augmenta. L'urine devint moins abondante, moins dense et l'élimination journalière du sucre diminua très notablement. Il n'y eut pourtant pas production d'élévation de température. Malheureusement au cours du traitement le malade fut emporté par une pneumonie. A. F. PLICQUE.

Antipyrin bei Diabetes insipidus, par OPITZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 32, *p.* 646, 1889).

Résultats remarquables de l'antipyrine dans trois cas de diabète insipide.

1° Homme de 30 ans, polyurique depuis six mois. Antipyrine à la dose de 6 grammes par jour pendant 5 jours. La quantité d'urine tombe de 7 litres à 1300 grammes et la densité s'élève de 1002 à 1020. La guérison paraît définitive, mais le sujet n'est observé que pendant dix jours à la suite de ce résultat.

2° Fille de 25 ans, polyurique depuis l'âge de 6 ans. L'antipyrine étant administrée à doses croissantes, de 2 à 5 grammes, pendant six jours, la quantité d'urine tombe de 8 litres et demi à 1400 grammes; la densité s'élève de 1001 à 1010. Traitement interrompu; le 18e jour il y a 3 litres d'urine; densité, 1002.

3° Garçon de 16 ans, polyurique depuis 7 mois. Quantité variant de 8 litres à 16 litres. L'antipyrine, à la dose de 6 grammes par jour, n'abaisse pas la quantité d'urine au-dessous de 6 litres 500. La densité varie de 1001 à 1004. Au bout de 2 mois de traitement la quantité se maintient entre 5 et 6 litres.

L. GALLIARD.

Cocaine in the treatment of Yellow fever, par James THORINGTON (*Americ. j. of the med. sc.*, *p.* 129, *février* 1890).

Son action, si elle n'est pas absolument celle d'un spécifique, a été plus efficace que celle de tous les médicaments jusqu'à ce jour employés; très rapidement elle fait disparaître les nausées et les vomissements; elle est un diurétique puissant et peut être considérée comme un tonique du cœur, un stimulant cardiaque constant et fidèle.

VERCHÈRE.

Le iniezioni intravenose dei sali di chinina nell' infezione malarica, par G. BACCELLI (*La Riforma medica*, 4 *janvier* 1890).

Les injections intraveineuses de quinine (chlorhydrate de quinine 1 gramme, chlorure de sodium 0,075, eau distillée 10 grammes) faites au moyen d'une seringue de Pravaz, ne produisent aucun accident. En injectant 1 gramme de sel de quinine par jour, on obtient des succès constants et souvent même, il n'est pas nécessaire de dépasser 70 ou même 50 centigrammes par jour. Les injections, même à la dose de 1 gramme, ne font pas avorter l'accès quand on les fait au début ou pendant les trois heures qui précèdent le début de l'accès; faites pendant l'accès, elles n'en accélèrent pas la crise; faites à la fin ou après la terminaison d'un accès, elles préviennent ou atténuent l'accès suivant.

GEORGES THIBIERGE.

Sur un médicament nouveau spécifique de la fièvre intermittente et des accidents paludéens, par VALUDE (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 *février* 1890).

Valude s'est servi de l'écorce du panbotano, Colliandra Houstoni, arbre de la famille des légumineuses mimosées, sous forme de décoction et d'élixir pour combattre la fièvre intermittente. Dans huit cas il l'a employée, alors que la fièvre était d'origine paludéenne; une seule dose de 70 grammes d'écorce pour l'adulte et de 35 grammes pour l'enfant, a suffi pour la guérison, qui a été obtenue sans autre incident que des nausées et quelques vomissements. L'auteur l'a encore essayée sur quelques malades atteints de grippe et de tuberculose. Des observations plus nombreuses et surtout la connaissance exacte de l'action physiologique du panbotano sont nécessaires pour que ce médicament puisse être sérieusement apprécié.

OZENNE.

Notes sur la variole, par TALAMON (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 *avril* 1890).

Talamon a recouru, en présence de l'échec de diverses médications internes, à l'emploi d'un traitement local méthodique. Il a employé les pulvérisations éthérées de tanin, d'iodoforme, de salol et de sublimé pratiquées sur la figure. Le tanin agit comme collodion, forme un vernis mince, qui comprime les pustules, les dessèche, mais est très douloureux. L'iodoforme donne de bons résultats, mais son odeur est pénible

pour les malades ; le salol ne réussit pas dans les formes graves, mais est bon pour les formes légères. C'est le sublimé en solution au cinquantième qui a donné les meilleurs résultats. Il faisait faire 3 ou 4 pulvérisations par jour ; il faut que chaque pulvérisation arrive à faire blanchir la surface des pustules et de la peau, chacune dure environ une minute, les intervalles de peau saine supportent mal le sublimé et peuvent être vésiqués. Dans les confluentes primitives ou hémorragiques les pulvérisations n'ont aucune action utile ; mais dans les formes moyennes on peut enrayer ou faire avorter la suppuration et même dans les cohérentes confluentes on la modère sensiblement. En outre avec les pulvérisations il a pu faire disparaître les cicatrices vermiculées et les faces en écumoire. Talamon conseille de faire un quart d'heure après la pulvérisation un badigeonnage de glycérolée de sublimé au quinzième. Dans les cas graves il a ajouté des bains tièdes avec 30 grammes de sublimé. Les pustules se développent, mais les abcès sont plus rares.

Avant les pulvérisations il avait eu une moyenne de 18,7 0/0 de mortalité sur 262 malades — après, il a eu 12,6 0/0 sur 726 malades.

H. L.

Traitement de la néphrite, par E. de RENZI (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 12, *p.* 617, 1889).

De Renzi a étudié de nouveau l'action de la fuchsine et du calomel dans les néphrites. — La fuchsine doit être chimiquement pure (en particulier ne pas contenir d'arsenic) ; la forme pilulaire est préférable, et la dose moyenne est de 5 à 30 centigrammes ; son usage ne comporte pas d'inconvénients, mais l'utilité de son emploi n'est guère appréciable.

Le calomel donne de meilleurs résultats ; il détermine une notable diurèse et assez souvent une diminution de l'albumine totale ; aussi de Renzi pense-t-il qu'en outre de son action diurétique, il exerce une certaine influence sur le processus morbide ; la stomatite n'a été observée que chez un seul malade, bien que tous fussent atteints d'anasarque. On ne doit pas dépasser la dose de 60 à 80 centigrammes et l'administration du médicament doit être suspendue au bout de cinq jours.

G. LYON.

Zur diuretischen Wirkung des Milchzuckers (Action diurétique du sucre de lait) par NIESEL (*Soc. méd. de Greifswald*, 10 *janvier* 1890).

L'auteur a expérimenté le sucre de lait chez 12 malades. Résultats négatifs chez 2 pleurétiques, 2 brightiques, et un cardiaque.

Chez 5 cardiaques et 2 pleurétiques l'urine a augmenté, mais jamais l'augmentation n'a dépassé 400 grammes. L'action du médicament variait suivant les moments chez les individus : tantôt la diurèse se produisait, tantôt elle manquait et cela dans les cas où le cœur faiblissait. En général, l'urine augmentait au début de l'expérience, puis elle redescendait bientôt à son taux normal.

Dans 3 cas l'auteur a noté, comme accident secondaire, la diarrhée.

Dans aucun cas il n'a constaté la lactosurie signalée par Germain Sée.

La lactose n'agit que dans les cas où les reins sont intacts ou peu

altérés. L'auteur n'admet pas que ce soit, pour les cardiaques, le diurétique par excellence. L. GALLIARD.

Erfahrungen bei der Behandlung der Diphtherie, par SCHENDEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 6, *p.* 126, 10 *février* 1890).

Schendel a traité 43 angines diphtéritiques uniquement avec la teinture de petit-houx composée, préparée par digestion de produits sulfureux dans l'alcool étendu (qui en prend 1 0/0) en présence d'huiles de petit-houx et de hêtre.

La journée, il fait prendre toutes les heures une demi-cuillerée à thé de cette teinture et la nuit la même dose toutes les deux heures seulement. Pour corriger la saveur désagréable du médicament, il le dilue dans un peu de vin.

Sur les 43 malades (dont 18 sérieux), 2 seulement ont succombé et 1 a dû être trachéotomisé ; tous les autres ont guéri. J. B.

Effets du sulfonal, par Percy SMITH, SUNTHERLAND, KNOXBOND (*Lancet*, 23 *novembre* 1889).

1° Percy Smith étudie les troubles, incertitude de la démarche, parésie, que le sulfonal peut produire sur les membres inférieurs. Il rapporte cinq faits où ces troubles survinrent chez des aliénés après administration de doses de moins de deux grammes (trente grains) de sulfonal répétés pendant deux, trois, quinze jours, etc. Ces troubles disparurent rapidement une fois le médicament suspendu. Smith croit que cette parésie n'est pas due simplement aux vertiges produits par le sulfonal mais bien à une action directe probablement sur les centres corticaux.

2° Suntherland regarde le sulfonal comme un excellent agent dans les formes d'aliénation chronique avec attaques intermittentes d'excitation Son action soporifique s'exerce non seulement pendant la nuit mais pendant les deux ou trois nuits qui suivent son administration ; son action calmante sur l'agitation diurne est aussi très marquée.

Dans les formes d'aliénation avec excitation continuelle les effets sont moins marqués. Ils sont même jusqu'à un certain point nuisibles par suite d'une excitation plus grande le jour qui suit l'administration du médicament.

Le sulfonal, chez les aliénés qui se refusent à l'administration de tout médicament, peut être donné dans des œufs battus, dans du lait, des potages chauds, etc.

3° Bond a employé le sulfonal pour combattre l'insomnie de la fièvre typhoïde. Il le donnait à dose de trente grains dans du bouillon, du lait chaud, du grog. Le sommeil produit était parfaitement naturel et suivi d'une diminution du délire et de l'affaissement. On ne constata aucun effet nuisible ni sur le poumon, ni sur le cœur, ni sur l'intestin. Du côté du rein, l'albuminurie, l'oligurie, la polyurie, la rétention ou l'incontinence d'urine notées dans les observations survinrent indépendamment du sulfonal. Dans un seul cas sur vingt-trois, un malade, d'ailleurs profondément atteint, succomba à un collapsus auquel le sulfonal n'était peut-être point complètement étranger. — Le sulfonal fut en tout donné chez vingt-trois malades qui sur soixante-seize typhiques soignés en un

an à City Hospital South Liverpool, souffraient particulièrement d'insomnie, et ses effets parurent très satisfaisants. A. F. PLICQUE.

Sulphonal in chorea, par John A. JEFFRIES (*Medical News*, 15 *mars* 1890).

Jeffries rapporte dix cas de chorée, chez des enfants, auxquels il a administré le sulfonal à la dose de 2, 3 et 5 grains trois fois par jour. Dans les cinq premiers cas, la chorée se manifestait pour la première fois ; guérison en trois semaines ; dans deux de ces cas l'arsenic ne donna aucun résultat. Les cinq autres observations étaient des cas de chorée ancienne ; trois, dont deux chez lesquels l'arsenic n'avait pas réussi, guérirent en un mois ; chez les deux autres, insuccès de toute médication. A. C.

De l'hypnal, par BARDET (*Soc. de thér.*, 12 *mars* 1890).

L'hypnal est un trichloracétyl-diméthyl-phényl-pyrazotone obtenu en faisant réagir le chloral sur l'antipyrine. Il n'a ni le goût violent ni les propriétés caustiques et irritantes du chloral. Il a les propriétés sédatives et hypnotiques de ses composants. A la dose de 1 gramme, il amène le sommeil sans fatigue et, dans 22 cas de douleur, de toux pénible, même chez des enfants, Bardet l'a employé avec le plus grand succès. A. C.

Sur les alcaloïdes de l'huile de foie de morue, par GAUTIER et MOURGUES (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 4 *février* 1890).

Par des études chimiques très minutieuses de l'huile de foie de morue, Gautier et Mourgues ont reconnu que cette huile doit son efficacité à trois groupes d'agents principaux : 1° cette huile agit par ses corps gras, qui, associés à des matériaux d'origine biliaire, sont éminemment assimilables ; ce sont en outre des agents protecteurs, de digestion facile, constituant des réserves qui s'accumulent dans tel ou tel tissu, et qui peuvent être utilisés à leur heure. Elle agit encore comme réparateur énergique des tissus par sa richesse en phosphates, acide phosphoglycérique, lécithine et phosphore combiné à l'état organique. Elle est donc indiquée chez les phtisiques, les scrofuleux, les rachitiques et dans la plupart des cachexies. Par le brome et l'iode que cette huile renferme, elle prend également une part à la reconstitution de l'économie ; 3° enfin, parmi les bases réparatrices et régénératrices qui entrent dans la constitution de cette substance, il faut citer ses alcaloïdes, dont un grand nombre, la butylamine, l'amylamine, et surtout la morrhuine et l'acide morrhuique excitent le système nerveux, accélèrent la dénutrition et corrélativement augmentent l'appétit. En un mot, les corps gras fournissent la chaleur et l'énergie ; le phosphore concourt à la reproduction et à la revivification incessante des cellules ; enfin les alcaloïdes excitent les centres nerveux, qui président à tout fonctionnement vital. OZENNE.

Traitement de l'incontinence d'urine par l'antipyrine, par S. PERRET et DEVIC (*Province méd.*, *n°* 23, 1889).

Perret et Devic rapportent 4 cas d'incontinence d'urine chez des enfants

traités avec succès par l'administration de l'antipyrine. Ils donnent 1gr,50 à 2 grammes en deux doses dans les vingt-quatre heures; dans ces quatre cas, l'incontinence disparut du cinquième au septième jour.

A. C.

Resorcinum antivomicum (La résorcine comme antiémétique), par **ANDREW** (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 865, 1889).

La résorcine impure provoque fréquemment le vomissement. La résorcine chimiquement pure jouit, au contraire, de propriétés antiémétiques extrêmement marquées. C'est le meilleur remède contre le vomissement quelle que soit sa cause (maladies des organes abdominaux, grossesse, mal de mer, ingestion de vomitifs, etc.). L. F.

Klinische Beobachtungen über die Wirkung... (Remarques cliniques sur l'action de faibles doses de phosphore dans le rachitisme), par **MANDELSTAMM** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXX, Heft* 4).

Les observations cliniques justifient pleinement l'emploi du phosphore dans le rachitisme. Celui-ci agit mieux, plus vite et plus sûrement que tout autre médicament dans le rachitisme; l'usage prolongé du phosphore à faibles doses est très bien supporté par les enfants, ne provoque aucun trouble du côté des organes. Il agit très favorablement sur les accès nerveux qui accompagnent le rachitisme; les crampes de la gorge disparaissent aussi. Des mesures et des pesées périodiques, ainsi que l'examen des os, montrent un arrêt dans l'évolution de la maladie.

BARDE.

Emploi thérapeutique de l'hyoscine, par COLMAN et TAYLOR (*Lancet t. II, p.* 736, 1889).

Colman et Taylor ont obtenu des effets sédatifs très sûrs et très prompts avec l'hyoscine. Ils l'ont employée avec succès pour calmer l'excitation mentale de malades atteints de paralysie générale, de tumeur cérébrale, d'épilepsie, d'hystérie. Ils l'ont employé également chez un morphinomane comme substitutif de la morphine. Les seuls incidents observés ont été, dans un cas de l'agitation, avec dilatation pupillaire et paralysie de l'accommodation, et dans un autre de la sécheresse de la bouche, de l'obscurcissement de la vue et du délire avec dédoublement de la personnalité Ces troubles cessèrent sitôt le médicament suspendu.

Le meilleur mode d'administration est l'injection sous-cutanée. Colman et Taylor emploient une solution à 1/500 dont cinq grammes répondent à un centigramme de bromhydrate d'hyoscine. Cette dose d'un centigramme ne doit jamais être dépassée pour la première injection. Si l'effet sédatif n'est point obtenu on peut faire au bout d'une demi-heure une seconde injection d'un demi-centigramme. — Quand le médicament est donné par la bouche, les doses doivent être doublées pour produire le même effet.

A. F. PLICQUE.

De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux, par HAUSHALTER et ADAM (*Progrès médical*, 2-23-30 *novembre* 1889).

Ces auteurs ont pratiqué 260 suspensions sur 29 malades. Les séances

étaient faites tous les 2 jours, voire tous les jours, sans inconvénient. Sur 29 malades il y avait 6 tabétiques, 5 myélites, un certain nombre de névropathes, hystériques, etc.

L'amélioration s'est produite dans les 2/3 des cas, aussi bien pour les tabétiques que pour les autres affections du système nerveux prises en bloc; l'amélioration a porté sur les symptômes les plus variés, douleur, anesthésie ou sensations anormales, symptômes moteurs, vésicaux génitaux ou psychiques.

Les auteurs ont ensuite cherché à expliquer les bons effets de la suspension; ils ont pratiqué sur 6 hommes 29 séries de mensurations de la taille et du rachis avant et pendant la suspension, et ont constaté : 1° que chez le même individu la taille mesurée avant la suspension à plusieurs semaines ne présente que des différences insignifiantes; 2° que pendant la suspension la taille s'allonge constamment de 1 à 2 centimètres et demie; 3° que la colonne vertébrale a été trouvée allongée dans 5 cas, raccourcie dans un cas; que d'une façon générale le segment cervical s'allonge ainsi que le segment lombaire, tandis que le segment dorsal se raccourcit. L'allongement ou le raccourcissement de la colonne vertébrale sont fournis par la différence entre ces chiffres; ces modifications apparentes de longueur s'expliquent par le redressement des courbures pendant la suspension.

Les études sur la moelle et ses enveloppes mises à découvert par l'enlèvement des apophyses épineuses ne permettent pas d'établir de rapprochement entre l'action de la suspension sur la moelle et les nerfs et l'élongation nerveuse chirurgicale.

Les auteurs admettent que la suspension n'amende ou ne fait disparaître que les troubles purement dynamiques, et que la suggestion joue un rôle primordial dans les bénéfices qu'on en retire. H. L.

I. — Subcutane Kochsalzinfusion zur Behandlung schwerer Anæmie (Injection sous-cutanée d'une solution salée dans une anémie grave), par Edmond WEBER (*Correspondenz Blatt für schweizer Aerzte, n° 1, p. 25, 1er janvier 1890*).

II. — Injection intrapéritonéale d'une solution salée pour anémie consécutive à l'avortement, par E. HAFFTER (*Ibidem, p. 26*).

I. — Fille de 19 ans, chlorotique intense et incapable de tout travail. Malgré les préparations ferrugineuses et les inhalations d'oxygène, son état ne fait qu'empirer. Œdème palpébral et malléolaire; embonpoint; pas d'hémorrhagies rétiniennes. Le 10 novembre, vomissements, marc de café, qui persistent toute la nuit. Pouls à peine sensible le lendemain matin. Vers le soir, réapparition des vomissements noirs accompagnés de vives douleurs; bientôt perte de la conscience et contracture des masséters. Les vomissements ne cessent que vers le matin. Respiration courte avec râle trachéal, symptômes d'œdème pulmonaire, battements cardiaques accélérés. Anesthésie totale. Pupilles rigides. Enveloppement des membres dans des bandes de flanelle.

Jugeant l'état de la malade désespéré, Weber se décide à faire, après quelques injections d'éther, une injection de 300 grammes d'une solution de chlorure sodique à 0,6 0/0 dans les cuisses, en ayant soin de masser la région pour faciliter la résorption du liquide. Lavement au cognac.

Une heure après, tout le liquide injecté est résorbé, mais l'état de la malade est peu changé. Le soir, elle commence à mouvoir un peu la tête. Nouveau lavement au cognac et au bouillon. Le lendemain, l'anesthésie disparaît graduellement. Dans la nuit suivante, la femme demande à boire, et le 14 novembre elle reprend connaissance; mais il existe de l'amaurose qui rétrocède dans la journée même. Dès lors, rétablissement progressif.

II. — Chez une femme de 43 ans, extrêmement anémiée par un avortement, Haffter a injecté 600 grammes d'une solution salée à 6 0/00 dans la cavité péritonéale, sans la moindre réaction opératoire. Au bout d'une minute et demie, le pouls était redevenu perceptible. J. B.

HYGIÈNE

Influenza delle variazoni di livello della falda liquida sotterranea... (Influence des variations du niveau de la nappe d'eau souterraine sur la diffusion des microorganismes pathogènes dans le sol), par L. de BLASI (*Palerme*, 1889).

Les expériences ont été faites sur le bacille typhoïdique dans 3 cylindres remplis du sol formant l'une des places de Palerme. On trouvera dans l'opuscule de Blasi tous les détails nécessaires sur les conditions expérimentales. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Le bacille typhoïdique conserve encore dans le sol sa vitalité au bout de 86 jours.

2° Il ne se diffuse pas au delà de 10 centimètres plus haut que le point du sol où on l'a placé.

3° Dans la direction descendante, c'est-à-dire inverse, on le rencontre à 20 centimètres au-dessous du point où on l'a placé, et même, dans un cas spécial, à 30 centimètres. J. B.

Untersuchungen über die Wirkung des Sandfilter des städtischen Wasserwerks in Zürich (Recherches sur l'effet du filtre en sable de la distribution d'eau de la ville de Zurich), par BERTSCHINGER (*Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 22, *p.* 702, 15 *novembre* 1889).

1° La filtration par le sable, telle qu'elle est appliquée à Zurich, opère une épuration essentielle de l'eau du lac.

2° En marche normale, le filtre fournit une eau complètement débarrassée de germes; toutefois, à la longue et après la filtration, l'eau reprend un petit nombre de bactéries.

3° La vitesse de la filtration (du moins dans les limites de 3 à 12 mètres par jour) n'a aucune influence sur l'état de l'eau, c'est-à-dire que l'eau filtrée donne les mêmes résultats à l'analyse chimique et renferme un nombre égal de bactéries, que la filtration ait été plus ou moins rapide.

L'eau du lac cède la totalité de ses germes cryptogamiques à la

couche la plus supérieure du sable, qui effectue exclusivement la filtration.

4° Dans les premiers temps qui suivent le nettoiement du filtre, l'action du filtre n'est pas encore normale, et par conséquent l'eau filtrée renferme habituellement une plus forte proportion de germes. C'est qu'à ce moment la couche feutrée efficace ne s'est pas encore suffisamment formée sur le sable filtrant.

Le nettoyage du filtre n'exerce aucune influence appréciable sur les qualités de l'eau filtrée.

5° Quand le filtre cesse de fonctionner, l'eau filtrée est pendant quelque temps plus riche en bactéries que d'habitude. Ce phénomène tient à la pullulation des bactéries par le repos de l'eau. Mais à l'analyse chimique, l'eau stagnante du filtre ne se distingue en rien de celle qui a franchi le filtre dans les conditions normales.

6° Ni l'analyse chimique, ni l'examen bactériologique ne laissent voir de différence dans l'action du filtre, qu'il soit à ciel libre ou au contraire recouvert. Les deux genres de filtre retiennent de la même façon les bactéries de l'eau non filtrée. J. B.

Wird das Trinkwasser der Stadt Berlin durch die Sandfiltration von etwaigen Infectionsstoffen befreit (L'eau de Berlin sera-t-elle purifiée dans le sable?); par C. FRÆNKEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 50, *p.* 1021, 1889).

L'auteur a construit un petit filtre de sable analogue aux grands filtres qu'on propose d'utiliser pour la purification de l'eau de Berlin. Il a constaté que ce filtre laissait passer en partie les bactéries vulgaires de l'eau et aussi les bacilles pathogènes, ceux de la fièvre typhoïde, du choléra. Le nombre des micro-organismes qui traversent le filtre est en rapport avec celui des micro-organismes qui sont en suspension dans l'eau à filtrer; il dépend aussi de la rapidité de la filtration; quand elle s'effectue rapidement, le nombre des micro-organismes augmente. C'est au commencement et à la fin de l'expérience que les éléments se multiplient le plus; au début, parce que le filtre ne jouit pas encore de toutes ses propriétés; à la fin, parce que la pression est considérable; peut-être aussi parce que les bactéries se sont reproduites dans le filtre lui-même pendant le temps de l'expérience.

La confiance qu'on a généralement dans le sable pour la filtration des eaux ne paraît donc pas absolument justifiée. L. GALLIARD.

Ueber die Abnahme der Lungenphthisis in höheren nordischen Breiten (Causes de la moindre fréquence de la phtisie pulmonaire dans les hautes latitudes boréales), par Gustav WYKOWSKI (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *LII*, *p.* 339, *avril* 1890).

D'une façon générale, il ne saurait être question d'une diminution de la mortalité de la phtisie pulmonaire dans les hautes latitudes septentrionales, ou d'une augmentation de cette maladie dans les pays méridionaux.

Dans les villes les plus septentrionales de la Finlande et de la Norvège, la mortalité phtisique est de 2,3 et de 3,4 pour mille habitants vivants, tandis que, dans l'Italie méridionale, elle n'est que de 1,7. On voit

donc que si l'on ne tient compte que de la latitude, les statistiques donnent un démenti à l'opinion courante.

Si l'on se borne à comparer entre eux les divers diocèses de la Norvège, on constate, il est vrai, que tant pour les villes que pour les campagnes, la mortalité due à la phtisie pulmonaire décroît au fur et à mesure qu'on s'avance vers le Nord. Mais ce qui prouve bien qu'il ne faut pas faire honneur de ce résultat à la simple situation géographique, c'est que le même phénomène ne se constate pas pour la Finlande, où l'on note même une augmentation des décès de phtisiques dans les campagnes, à mesure qu'elles sont situées plus au nord. Ce n'est pas non plus une seule question de densité de la population, car comment expliquer, alors, que le nord de la Finlande compte une mortalité par phtisie de 2,7 pour mille vivants, tandis que le nord de la Norvège situé sous une latitude semblable et ayant une population aussi clairsemée, n'en compte que 1,8 pour mille vivants. Le vrai motif de cette différence réside dans le genre de vie, les occupations et le degré de culture des habitants des deux pays. Dans le diocèse norvégien de Tromsoë, les Lapons constituent les 85 0/0 de la population et un dixième d'entre eux est encore nomade; dans le gouvernement finlandais d'Uléaborg, les Lapons ne constituent que les 3 0/0 des habitants et ils sont beaucoup plus civilisés que leurs frères norvégiens.

En résumé, la diminution de la phtisie pulmonaire, dans le nord de la Norvège, correspond à la diminution de la population industrielle et minière et à la plus forte proportion d'habitants occupés à l'air libre; c'est un phénomène de même ordre que celui de la fréquence moindre de la tuberculose pulmonaire dans les campagnes que dans les villes.

Nulle part en Italie, la mortalité par phtisie pulmonaire ne dépasse 2,3 pour mille habitants vivants; c'est dans l'Italie du nord et dans l'Italie centrale qu'elle atteint ce chiffre. Dans l'Italie méridionale, elle n'est que de 1,7; en Sardaigne de 1,4 et en Sicile de 1,3 seulement sur mille vivants. La mortalité générale est de 25 pour mille en Sardaigne, de 26,6 en Sicile, de 28,2 dans l'Italie du centre (Ombrie, Toscane, Marches, Rome, Abruzzes), de 39,2 dans l'Italie du nord (Piémont, Lombardie, Vénétie, Emilie, Ligurie) et de 31,3 dans l'Italie du sud (Basilicate, Campanie, Les Pouilles, Calabre).

On voit qu'en Italie, ce sont les deux îles de la Sardaigne et de la Sicile qui ont à la fois la mortalité générale et la mortalité phtisique les plus faibles. J. B.

Comparaison entre les variations thermométriques en plein air et celles des appartements, la fenêtre étant entr'ouverte, par OMMES (*C. R. Soc. biologie*, 5 *octobre* 1889).

Recherches faites sur le littoral méditerranéen :

1° Chambre orientée au midi. En plein air, c'est toujours au moment du lever du soleil que l'abaissement de la température est le plus grand et le plus rapide. Dans l'appartement, cet abaissement ne se produit que quelque temps après la baisse du plein air, et il est peu marqué. Par contre, dans la chambre, l'élévation de la température est lente et se fait graduellement, jusqu'à un maximum qui a lieu vers les trois

heures de l'après-midi ; en plein air, cette élévation est brusque et a son maximum vers midi.

Dans l'appartement, la température s'abaisse beaucoup plus lentement qu'en plein air après le coucher du soleil et pendant la nuit. Jamais, les fenêtres étant ouvertes, elle ne s'abaisse autant dans la chambre qu'à l'extérieur.

2° Chambre exposée au nord. La température reste presque constante : à peine une différence de 2 à 3° dans les vingt-quatre heures. Les minima sont toujours supérieures à 0, alors que le thermomètre au dehors atteint 0°. PAUL LOYE.

De l'aération permanente par la fenêtre ouverte, par NICAISE (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 25 *février* 1890).

Depuis Raulin qui, en 1752, a conseillé de placer les tuberculeux dans une chambre dont les fenêtres doivent être maintenues ouvertes, on s'est, à divers titres, occupé de l'air pour la cure de la tuberculose. Bettweiler en particulier a tenté, à Falkenstein, une méthode de traitement consistant dans l'aération permanente par les fenêtres entr'ouvertes et dans l'application d'un régime alimentaire très surveillé et très intensif.

Sur 1,022 malades, il aurait obtenu 132 guérisons définitives, c'est-à-dire 13.2 0/0, et 110 guérisons relatives, soit un total de 24.2 0/0.

Pour apprécier la valeur de ce traitement de la tuberculose, Nicaise a fait, pendant trois mois et demi, à Carabacel, des recherches sur la température de l'air extérieur et sur celle d'une chambre dont une fenêtre exposée au sud-ouest est restée constamment entr'ouverte. Il est résulté de la constatation des températures minima, prises chaque jour, que la température de cette chambre, dont on avait soin de fermer les persiennes dès que le jour disparaissait, oscillait entre 10 et 14 degrés.

Pour expliquer le maintien de cette température constante, l'auteur invoque l'emmagasinement de la chaleur pendant la journée, et son émission durant la nuit par les parois de la chambre et les objets qu'elle contient. OZENNE.

Prophylaxie de la tuberculose à Méran (*Veroeffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes*, 7 *janvier* 1890, *et Mouvement hygiénique*, *VI*, *p.* 63, *février* 1890).

Un règlement de police adopté par la municipalité de Méran, le 21 octobre 1889, interdit l'emploi de crachoirs autres que ceux en porcelaine, en grès ou en métal émaillé, dans les auberges, restaurants, pensions et chambres habitées par les étrangers. Les crachoirs ne peuvent contenir que de l'eau pure et doivent être nettoyés chaque jour. L'emploi de la sciure de bois, du sable, etc., est prohibé. Les contraventions à cette ordonnance de police sont passibles d'une amende. J. B.

Esame batteriologico dell'aria e del suolo dei vecchi cimetiri di Palermo..., par L. DE BLASI et G. Russo TRAVALI (*Palerme*, 1889).

Ni l'air ni le sol des vieux cimetières de Palerme ne renferment une plus grande quantité de micro-organismes que ceux des autres points de la ville. Sans tenir compte des mucédinées, de Blasi et Travali y ont décelé 27 espèces de schizomycètes dont aucune pathogène. Ils ont pu

identifier 16 de ces espèces, à savoir 4 bacilles (mycoïdes, subtilis, violaceus, luteus), 9 microcoques (roseus, flavus liquefaciens, fl. tardigradus et fl. desidens, aurantiacus, candicans, cinnabarius, diffluens, cereus), 2 sarcines (lutea, liquefaciens) et 1 streptocoque (liquefaciens). J. B.

I. — Vaccine ulcéreuse. Epidémie de la Motte-aux-Bois, par HERVIEUX (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 17 *septembre et* 26 *novembre* 1889).

II. — L'épidémie de vaccine chancriforme de la Motte-aux-Bois. Sa nature, par LELOIR (*Bulletin médic.*, 20 *novembre* 1889).

I. — A la suite de vaccinations pratiquées, le 31 juillet, sur une quarantaine d'enfants, Hervieux a été appelé à observer, sur chacun d'eux, des accidents ulcéreux, qui avaient éclaté du huitième au dizième jour de l'inoculation. Ces ulcérations, aussi nombreuses que les piqûres, offraient l'étendue d'une pièce de cinquante centimes ou même d'un franc; leurs bords étaient durs, surélevés, et en général irréguliers et taillés à pic; la suppuration était très abondante et fétide; autour de l'ulcération, sur un certain nombre d'enfants, existait un cercle induré en forme de rondelles de cuir; l'engorgement ganglionnaire était manifeste. En outre, on pouvait noter quelques complications inflammatoires, œdème, érythèmes, etc., et de la fièvre, diarrhée, etc.

D'après les caractères de ces ulcérations, auxquels il faut ajouter ces faits, que l'une des mères de ces enfants fut contaminée et présenta sur la paupière inférieure une ulcération chancreuse, avec engorgement ganglionnaire pré-auriculaire, et que la vaccinifère portait des ganglions engorgés sur différents points du corps, on était porté à conclure à la syphilis. Mais contre cette hypothèse se dressait un fait de haute valeur : la durée de l'incubation, qui n'avait été que de huit ou dix jours; aussi le doute pouvait-il être permis et la réserve était commandée. Dans les quinze jours qui suivirent, les enfants furent soumis à l'eau phéniquée en solution sur les plaies, sans aucun traitement syphilitique, et la guérison survint assez rapidement.

Hervieux a revu ces malades dans le courant de novembre, c'est-à-dire trois mois après le début des éruptions, et il a constaté la cicatrisation complète des ulcérations chez tous les enfants, la disparition des adénopathies, à part quelques exceptions d'origine scrofuleuse, et l'absence de toute manifestation secondaire de la syphilis. Cette maladie, ainsi qu'il l'avait pensé, ne doit donc pas être mise en cause.

II. — Après avoir longuement décrit les ulcérations, survenues à la suite de la vaccination, chez une quarantaine d'enfants, Leloir signale comme circonstances anormales : la multiplicité des lésions considérées comme des chancres infectants, ce qui concorde peu avec une hypothèse de syphilis; l'étendue trop grande de ces prétendus chancres, en un espace de temps trop court; l'absence de croûtes sur beaucoup des lésions; les accidents inflammatoires trop intenses; la coexistence de pustules d'ecthyma et d'impétigo, et enfin la durée de l'incubation. Ces faits devaient faire réserver le diagnostic et attendre jusqu'à l'époque des accidents secondaires. Trois mois et demi s'étant écoulés sans qu'aucun des enfants présentât le moindre signe de syphilis, Leloir n'hésite pas à nier que l'on eût eu affaire à cette affection. Pour

lui, cette épidémie de vaccine ulcéreuse chancriforme, sur la nature de laquelle il ne peut se prononcer, a été une épidémie de vaccine ecthymato-ulcéreuse, n'ayant aucun rapport avec la syphilis. OZENNE.

Ueber das Vaccinefieber, par PEIPER (*Soc. méd. de Greifswald*, 10 *janvier* 1890).

L'auteur a étudié la fièvre vaccinale chez 23 enfants. Chez 6, la fièvre a débuté pendant les trois premiers jours pour atteindre 38°,5, 39° et même 39°,6. En général elle a commencé du 4e au 7e jour; c'est le 7e ou le 8e jour qu'elle a atteint le degré le plus élevé, de 38° à 40°. Elle durait en moyenne de 2 jours 1/2 à 4 jours 1/2. La défervescence se faisait par lysis.

La fièvre ne dépend pas du nombre de pustules ni de l'intensité des phénomènes inflammatoires; elle n'est pas exaspérée par l'incision des pustules.

Sur 6 revaccinés, l'auteur a constaté seulement deux fois la fièvre; chez une fille de 12 ans elle s'est accompagnée de frissons et de vomissements et a duré 4 jours.

En résumé, la fièvre est rarement vive; quand elle est très intense ou se prolonge longtemps, c'est qu'il y a des complications à redouter.

L. GALLIARD.

Le lait bouilli au point de vue de l'allaitement artificiel, par A. LAURENT (*Revue d'hyg.*, *XI*, 1083, *décembre* 1889).

Si le lait bouilli est parfaitement digéré par l'adulte et même plus promptement peptonisé que le lait non bouilli, ainsi qu'il résulte d'expériences de Reichmann (*R. S. M.*, XXIX, 26), il ne saurait en être de même pour l'enfant, de la naissance à 7 ou 8 mois, vu l'incomplet développement de son appareil digestif.

Dans le premier âge, le lait bouilli donne lieu à des troubles gastro-intestinaux (coliques, selles grumeleuses, mal liées, alternatives de constipation et de diarrhée).

L'emploi du lait bouilli ne saurait être autorisé qu'à partir de l'époque où l'appareil digestif de l'enfant aurait la puissance nécessaire pour agir sur d'autres aliments que le lait. L'âge de 6 à 7 mois paraît la moyenne d'un développement organique suffisant. J. B.

Des effets de la fumée du tabac sur les viandes de boucherie, par BOURRIER (*Revue d'hyg.*, *XI*, 978, *novembre* 1889).

1° La fumée du tabac est susceptible de donner une grande nocuité à la viande fraîche ou cuite, en déposant sur elle une partie des éléments toxiques qu'elle renferme.

2° Les aliments préparés dans les boutiques et dans les laboratoires, où règne une atmosphère plus ou moins empoisonnée par la fumée du tabac, peuvent être nuisibles à la santé du consommateur.

3° On peut rattacher à ces causes différents exemples d'intoxication inexpliqués jusqu'à ce jour, et qui ont été produits par l'usage de viandes qui paraissaient saines... J. B.

Objections à la partie chimique du rapport de Marty sur le plâtrage des vins, par DE GIRARD (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, n. 33 *et* 34, 1889).

D'après Marty (*R. S. M.*, XXXIV, 103), le vin plâtré renfermerait non du sulfate neutre de potasse, mais du sulfate acide de potasse, ce qui constituerait un nouvel argument puissant contre le mélange du plâtre à la vendange.

De Girard s'est attaché à démontrer que la majeure partie du plâtre introduit dans le vin s'y trouve bien à l'état de sulfate neutre, tandis qu'une très faible proportion forme du sulfate acide.

Dans un vin plâtré, d'après de Girard, les deux tiers de la potasse, ou ce qui revient au même, de l'acide sulfurique, sont à l'état de sulfate neutre, puisqu'ils proviennent de la réaction du plâtre sur une combinaison neutre de potasse. Le dernier tiers peut, par une réaction secondaire, produire une certaine dose de bisulfate évaluable à un sixième. Mais certainement plus de la moitié de ce sixième est décomposée, aussitôt sa formation, en sulfate neutre et acide sulfurique. Le poids réel de bisulfate est donc sûrement inférieur au douzième du chiffre total de sulfate de potasse supposé dans le vin d'après le dosage de l'acide sulfurique. Quant à sa faible proportion d'acide sulfurique mis en liberté en présence de l'alcool, il formera de l'acide sulfovinique. A. MOSSÉ.

L'acidification des vins, par L. ROOS et F. COREIL (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXXII*, *p.* 56, *janvier* 1890).

Roos et Coreil décrivent sous ce nom une pratique nouvelle dans la manipulation des vins, pendant ou après la fermentation.

Elle a pour but de rehausser l'éclat de la nuance du vin et de lui communiquer une saveur plus chaude et plus corsée.

On a successivement employé à cet effet les acides tartrique, citrique, sulfurique, nitrique, chlorhydrique et phosphorique.

Les acidifications tartrique, citrique et phosphorique sont indifférentes pour l'hygiène, à la condition de la pureté des matériaux employés.

L'acide sulfurique plâtre le vin, et il n'est transformé que partiellement en sulfate de potasse. Les divers procédés indiqués pour découvrir cette fraude et la distinguer du plâtrage, sont insuffisants. On ne peut arriver qu'à une présomption : Les vins additionnés d'acide sulfurique contiennent encore une quantité de bitartrate de potasse bien supérieure à celle que fournirait un vin plâtré dans lequel on doserait une même quantité d'acide sulfurique. On y trouve toujours aussi de l'acide tartrique libre en proportion plus grande que dans les vins normaux.

Le seul inconvénient de l'acide sulfurique, c'est de communiquer aux vins les propriétés des vins plâtrés, qui n'ont pas la faveur du public. C'est pourquoi on a songé à le remplacer par l'acide nitrique. Mais l'action de cet acide est moins durable. Au bout d'un certain temps, la couleur du vin, très brillante tout d'abord, passe au rouge jaunâtre et ne conserve plus qu'une nuance terne, pelure d'oignon au bout de quelques mois. D'autre part, l'avantage de l'emploi de cet acide est que les nitrates étant solubles, il est à peu près impossible, pour un commerçant, d'avoir un réactif qui puisse rapidement déceler la fraude.

Cette opération introduit dans le vin de l'azotate de potasse qui lui

est à peu près totalement étranger et qui n'est pas un corps indifférent. Les auteurs spéciaux indiquent, pour la recherche de l'acide nitrique dans les vins, des méthodes sans valeur parce qu'elles reposent sur la recherche des nitrates dans les cendres, alors que, par le fait même de la calcination, les nitrates doivent en avoir disparu.

Cependant Berland et Reos ont indiqué un mode d'essai qualitatif qui décèle jusqu'à 1/20000 d'acide. Il suffit de traiter le vin au sous-acétate de plomb, par une solution de diphénylamine dans l'acide sulfurique concentré. En présence de tout agent oxydant, la diphénylamine prend une coloration bleue intense. Mais pour une certitude absolue, il faut recourir à la méthode Schlœsing qui dose l'acide nitrique sous forme de bioxyde d'azote.

L'addition d'acide chlorhydrique dans les vins offre les mêmes avantages sans avoir les inconvénients des acides sulfurique et nitrique. Mais, au point de vue de l'hygiène, elle est également répréhensible, puisqu'elle introduit dans le vin de l'acide libre et du chlorure de potassium. Pour rechercher l'acide chlorhydrique, il suffit de doser le chlore dans les cendres du vin tel quel, puis dans les cendres du même vin préalablement saturé par une base pure. Dans la 1re opération, l'acide chlorhydrique libre disparaît par volatilisation; dans la seconde, il reste, maintenu qu'il est par la base ajoutée. La différence entre les deux résultats exprime la quantité d'acide libre. J. R.

I microrganismi nei vegetali usati freschi nell'alimentazione. Concorrenza vitale fra alcune specie di saprofiti ed il bacillo del carbonchio e del tifo par E. FAZIO (*La Riforma medica*, 14 *septembre* 1889).

Les légumes frais contiennent des espèces constantes de micro-organismes, appartenant à la classe des saprophytes, qui se trouvent constamment dans le sol, et sont destinés à réduire les substances organiques, et rentrent dans la classe des épurateurs du sol ; ces micro-organismes n'auraient pas d'action pathogène, et ils peuvent neutraliser ou arrêter le pouvoir pathogène d'autres micro-organismes. Parmi ces saprophytes, se trouve un micro-organisme analogue au bacille du charbon, mais privé d'action pathogène et paraissant produire l'immunité contre le charbon. GEORGES THIBIERGE.

Die Beseitigung der Faecalstoffe in der Stadt Leipzig (L'enlèvement des matières de vidanges à Leipzig), par ROST (*Vierteljj. f. gerichtl. Med. und oeff. Sanit.*, *nouv. série*, *LI*, 455, *octobre* 1889).

Jusqu'en 1876, les fosses d'aisances de Leipzig étaient dans un état très fâcheux; elles n'étaient en général ni étanches ni ventilées, ni bien couvertes. Depuis lors est intervenu un règlement sur la construction des fosses d'aisances neuves; il interdit de les placer à l'intérieur des maisons.

La ville de Leipzig compte environ 7,500 fosses fixes, dont 5,000 encore munies de tuyaux de chute en bois goudronné ; 890 fosses mobiles et 1,200 fosses envoyant à l'égout leurs liquides préalablement désinfectés. Deux fonctionnaires de la police des constructions s'assurent à l'aide du papier de curcuma que cette désinfection est convenablement faite.

Avant 1882, la vidange des fosses s'effectuait de la façon la plus primitive par les cultivateurs des environs. Le règlement du 8 janvier 1882 prescrit la vidange pneumatique avec combustion des gaz odorants. La ville est partagée en sept districts dont chacun a son jour fixe pour recevoir les vidangeurs, de jour ou de nuit. Dans les quartiers du centre, seulement, les opérations sont quotidiennes et exclusivement nocturnes.

Pour éviter les allées et les venues des vidangeurs dans les maisons, ainsi que la gêne et les souillures résultant de l'installation des tuyaux des pompes aspirantes, un des entrepreneurs chargés de la désinfection des matières liquides et de la précipitation des matières solides dans les fosses reliées aux égouts, a posé dans le sol, entre la fosse et la rue, une conduite en fonte dont l'extrémité se raccorde avec le récipient pneumatique.

La Compagnie des vidanges s'est vue obligée d'expédier par chemin de fer les matières et d'installer dans les campagnes environnantes quatre dépotoirs qui ont suscité de vives protestations des municipalités intéressées. Le Collège médical du royaume de Saxe a été appelé à donner son avis. Il a conclu à l'innocuité sanitaire de ces bassins de dépôt aux conditions suivantes : qu'ils soient éloignés au moins de un kilomètre de toute habitation; qu'ils soient bien couverts, non munis de tuyaux d'évent et curés annuellement pour y faire les réparations nécessaires. Chacun de ces bassins est apte à recevoir 1,000 ou 2,000 mètres cubes de matières, attendant leur expédition par voie ferrée. En 1887, la Compagnie a ainsi exporté 4,000 mètres cubes de matières de vidanges. J. B.

I. — Le cancer dans une commune de Normandie. Nature contagieuse et propagation du mal, par ARNAUDET (*Union médicale*, 25 *avril* 1889).

II. — Nouvelle contribution à l'étude du cancer en Normandie, par ARNAUDET (*La Normandie médicale*, 1er *et* 15 *avril* 1890).

I. — Sur une population de 400 âmes, il y a eu 74 décès en 8 années, dont 11 par le cancer, soit près de 15 0/0, tandis qu'à Paris la mortalité par cette affection est de 4 16 0/0; sur les 11 décès il y a 10 hommes, contre une femme, et l'âge a varié de 61 à 84 ans. Arnaudet s'appuyant sur le fait que 6 cancers se sont manifestés dans une série des maisons contiguës ou voisine, admet la contagion comme cause probable et incrimine le cidre comme cause de transmission. H. L.

II. — D'une étude comparative des décès par cancer dans quelques villes (Rouen, le Havre) et dans quelques communes normandes, Arnaudet émet les propositions suivantes : La mortalité excessive par cancer dans certaines régions de la Normandie, l'existence de la maladie en foyers, sa répétition dans les mêmes maisons, et son caractère épidémique dénoncent l'action d'une cause locale et extérieure à l'organisme. La grande prédominance du cancer du tube digestif et des glandes annexes sur les tumeurs de tous autres sièges, prouve l'importance des ingesta. On est en droit d'accuser l'eau et surtout l'eau du cidre, et d'incriminer parfois l'habitation. La maison où a succombé un cancéreux, est contaminée : il y a donc intérêt à la désinfecter rigoureusement.

OZENNE.

Des conditions de salubrité et de sécurité des ouvriers des grands chantiers publics, par H. POUPON (*Paris*, 1889).

Poupon a rédigé son travail à l'aide des documents médicaux relatifs à la construction de bassins dans les ports de Boulogne, de Calais, de Dunkerque et du Havre, des canaux de l'Oise à l'Aisne et de la Marne à la Saône, de la statistique minière et des rapports sur les expositions universelles de Paris de 1878 et de 1889.

Dans les grands chantiers, la proportion des incapacités de travail, résultant de blessures ou de maladies, s'élève en moyenne aux 37,5 pour cent de l'effectif. La proportion des maladies par rapport aux accidents oscille entre 12 pour cent (Exposition de 1889) et 36 pour cent (Exposition de 1878); en moyenne, on compte un ouvrier malade pour 3 blessés.

Les causes de mort sont par fréquence décroissante : les fractures du crâne, celles du rachis, ensuite les autres fractures. Les écrasements et les contusions ont aussi un rôle important dans la mortalité. Les travaux par l'air comprimé et les éboulements occasionnent des asphyxies.

Si les fractures constituent les accidents les plus redoutables, les lésions les plus fréquentes sont les contusions et les plaies qui forment les trois quarts des accidents. Viennent ensuite les lumbagos traumatiques et ruptures musculaires (10,6 0/0), les entorses (4,5 0/0) les abcès et furoncles (chacun 2 0/0) etc.

Les décès par maladies ne s'élèvent qu'à 0,39 pour cent du chiffre des malades.

Les bronchites constituent 17 pour cent des maladies; la fièvre paludéenne et les rhumatismes chacun 7 pour cent. Le chantier du bassin de l'Eure au Havre, a eu 400 cas d'impaludisme; celui du canal de la Marne à la Saône, 115, et celui du canal de l'Oise à l'Aisne, 49. Sur un total de 161 cas de fièvre typhoïde, 123 appartiennent au canal de la Marne. Les embarras gastriques forment plus du huitième des malades. Les diarrhées entrent pour 8,8 pour cent, les angines, pour 4,5 pour cent, les pleurodynies pour 3 pour cent et les pneumonies pour un pour cent.

Les travaux à l'air comprimé, exécutés sur le canal de l'Oise, ont occasionné 56 affections diverses et 17 morts par asphyxie due à des gaz délétères. L'air comprimé, en s'échappant au travers de terrains ligniteux, oxydait leurs pyrites et les enflammait. Les gaz de la combustion venaient se répandre dans la partie du souterrain à l'air libre, devant le barrage fermant la chambre de travail. Les ouvriers ont été asphyxiés à la sortie du caisson.

Il y a un réel intérêt à comparer la morbidité et la mortalité des ouvriers employés sur les chantiers des deux Expositions de 1878 et de 1889; l'avantage est généralement au profit de cette dernière.

En 1878, le service médical a signalé 5,450 accidents et 3,200 maladies; en 1889, 5,584 accidents et seulement 757 maladies.

Les accidents mortels ont été en 1878 de 0,27 pour cent et en 1889, de 0,43.

Il y a eu seulement 10 morts par maladies chez les ouvriers de l'Exposition de 1889, dont 3 phtisies.

Tandis que les ouvriers de 1878 ont présenté 366 cas d'impaludisme, on en a à peine noté 1 en 1889.

Il y a eu 15 cas de fièvre typhoïde en 1889 contre 39 en 1878.

Bien qu'une soixantaine d'ouvriers seulement aient consenti à se laisser revacciner (avec la lymphe animale), on n'a noté, lors de la dernière Exposition, aucun cas de variole parmi les ouvriers.

Les érysipèles ont été au nombre de 10 en 1889 comme en 1878.

De 223 en 1878 les rhumatismes sont tombés à 72 en 1889; de même les névralgies de 269 sont tombées à 2, les diarrhées de 321 à 105 et les affections cutanées de 96 à 32. Sur les chantiers de l'Exposition de 1889 on a compté encore 164 bronchites, 91 pneumonies et 75 accidents saturnins, tous chez des peintres français.

En résumé, si les conditions sanitaires des ouvriers de l'Exposition dernière ont été meilleures qu'en 1878, cela tient à trois circonstances : 1° aux progrès de l'antisepsie chirurgicale; 2° à l'assainissement des terres rapportées; 3° à la consommation de meilleure eau. J. B.

Das Galvaniseur-Eczem, par BLASCHKO (*Deutsche med. Woch.*, n° 45, *p.* 925, 1889).

Les ouvriers employés à la galvanoplastie présentent un eczéma subaigu ou chronique qui, se localisant généralement au dos des doigts et de la main, peut gagner le poignet, le pli du coude, se manifester aux parties découvertes : visage, cou, nuque, oreilles, et envahir même les parties couvertes.

On sait qu'avant d'être plongés dans le bain galvanique les objets subissent diverses préparations : tantôt bain dans la lessive de potasse puis la solution acide ; tantôt bain de benzine, séjour dans la lessive de soude et enfin dans la chaux de Vienne. C'est le nickelage qui constitue l'opération la plus usitée et l'on se sert en général d'une solution de chlorure de nickel. Cette solution fournit de l'acide chlorhydrique libre et aussi du chlore à l'état naissant. L'ouvrier qui y trempe les mains encore couvertes de chaux a bientôt un dépôt de chlorure de chaux dans les couches superficielles de l'épiderme. Pour éviter les accidents il peut se graisser les mains dès qu'il a fini son travail.

L'eczéma des galvaniseurs a des degrés multiples : il peut être très intense, ou très léger; il peut récidiver, se reproduire souvent, et passer enfin à l'état chronique. Certains sujets paraissent avoir acquis une sorte d'immunité quand subitement ils ont une poussée aiguë d'eczéma.

Le traitement consiste en applications de diachylon, de pommade à l'acide borique, d'emplâtre salicylé, de goudron.

Pour éviter l'eczéma, les ouvriers doivent se munir de gants de caoutchouc quand ils plongent les mains dans les bains caustiques ; comme le contact du caoutchouc ou de la graisse fait échouer la galvanisation, on est obligé de tremper dans le bain galvanique les mains nues, mais on peut les graisser immédiatement après l'opération. L. GALLIARD.

Ueber multiple recidivirende Knochenentzündung der Perlmutterarbeiter (Des ostéites multiples récidivantes des nacriers), par William LEVY (*Berlin. klin. Woch.*, n° 45, *p.* 973, 11 *novembre* 1889).

Depuis 20 ans qu'Englisch a signalé cette curieuse affection profession-

nelle, il n'en a été publié que 25 cas, tous observés à Vienne. Les autres centres d'industrie nacrière n'ont pas fourni de faits analogues. A Birmingham, qui constitue le marché universel des coquilles à nacre, en 1877, Hirt a été incapable d'en découvrir d'exemple. Il en est de même à Hartha (Saxe), d'après le Dr Temme.

Les 5 cas que publie Levy sont les premiers signalés à Berlin où l'on compte, il est vrai, moins d'adolescents parmi les nacriers qu'à Vienne, ce qui peut expliquer la rareté plus grande de la maladie. D'ailleurs qu'on interroge patrons ou ouvriers, les uns et les autres nient l'existence d'une affection professionnelle.

1er *cas*. Ouvrier âgé de 31 ans. Il travaillait à la nacre depuis 6 ans, lorsqu'au milieu de violents élancements, est apparue une tuméfaction de la région maxillaire inférieure gauche, qui disparut graduellement au bout de quatre semaines. Bien que le malade ait repris son métier, il est resté dès lors bien portant.

2e *cas*. Ouvrier de 21 ans, ayant commencé son apprentissage à l'âge de 12 ans. Les premiers phénomènes morbides se montrèrent 4 ans plus tard, au niveau de la clavicule gauche. Dans les 4 années suivantes, il eut 3 atteintes semblables; à la dernière, le gonflement envahit aussi le maxillaire supérieur droit dont les dents devinrent vacillantes. L'amélioration fut lente. Dans l'espace d'un an qui suivit, le maxillaire inférieur droit fut atteint à deux reprises.

3e cas. Homme de 25 ans, nacrier depuis 5 ans. Au commencement de novembre dernier, tuméfaction des métacarpiens droits, surtout marquée au niveau du deuxième; en mars 1889 seulement, il put reprendre son travail, mais, dès juin, il était de nouveau malade. La première phalange de l'auriculaire droit était le siège d'un gonflement excessivement douloureux.

4e *cas*. Homme de 26 ans, ouvrier en nacre depuis 7 ans. Au commencement de mai 1888, élancements dans les dents de la mâchoire supérieure droite, avec sensation qu'elles sont branlantes. Au bout d'une semaine, les douleurs s'étaient transportées sur le maxillaire inférieur droit qui commença à gonfler. L'extraction d'une dent cariée et deux incisions n'apportèrent aucun soulagement; la tuméfaction et les douleurs ne firent qu'augmenter; à la fin de juin, il était impossible d'introduire l'index entre les arcades dentaires serrées. Le gonflement était pâteux et très douloureux au palper; cependant 8 semaines plus tard le malade reprit son travail. Au commencement de juin 1889, il eut durant quelques jours des douleurs lancinantes dans le bras droit qui se mit à gonfler au niveau du tiers inférieur de la diaphyse.

5e *cas*. Homme de 25 ans, ayant commencé son apprentissage de nacrier à l'âge de 14 ans. Dès l'année suivante (1879), ostéite de l'omoplate droite au niveau de la fosse sus-épineuse qui récidive encore en 1880 et 1881. En 1885, le maxillaire supérieur droit est atteint en même temps que la clavicule droite; en 1887, c'est le tour du maxillaire inférieur gauche; puis, en octobre 1888, des trois derniers métacarpiens gauches; à la fin de janvier 1889, le fémur droit gonfle; la tuméfaction de cet os est encore énorme en juin suivant. (*R. S. M.*, VI, 608, et XXII, 513.) J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Terminologia medica polyglotta ou dictionnaire international de termes médicaux, par Theodore MAXWELL (*In-8°, Paris et Londres*, 1890).

L'ouvrage de Maxwell, que je signale avec plaisir à l'attention des lecteurs de la *Revue*, me paraît appelé à rendre de grands services aux médecins, aux bibliographes. La connaissance des langues étrangères est loin d'être répandue comme elle devrait l'être, et il est cependant impossible d'entreprendre aujourd'hui un travail sur un point quelconque de la pathologie sans recherches dans des recueils écrits dans une langue qui n'est pas la vôtre. Que de fois alors n'est-on pas arrêté par le sens exact d'un terme dont on cherche en vain la traduction dans un dictionnaire ordinaire, même fort complet. L'auteur s'est trouvé probablement aux prises avec ces difficultés, et il a résolu de les épargner à ses confrères. C'est déjà une tâche ingrate, longue, ardue que celle d'un dictionnaire; lorsqu'il s'agit d'un lexique en sept langues, le travail devient immense, et l'on doit certainement de la reconnaissance à celui qui ne recule pas devant ce pénible effort, quels que soient le zèle et le nombre de ses collaborateurs.

Le français a été choisi pour base fondamentale, et les mots français ont été, par conséquent, traduits en latin, anglais, allemand, italien, espagnol et russe. Le lecteur anglais, allemand, italien, espagnol ou russe trouvera donc immédiatement la traduction d'un mot français dans sa propre langue. Pour les mots latins, anglais, allemands, italiens ou espagnols, en revanche, il n'existe que la traduction en français, ou parfois en français et en anglais. Le lecteur qui n'est pas français devra donc, s'il désire avoir la traduction d'un de ces mots, passer d'abord par la traduction française de ce mot. Par exemple, un Italien, lisant de l'allemand, trouve le mot *Leiste* qui lui est inconnu; il le cherche dans le dictionnaire et trouve seulement les mots anglais *groin* et français *aine*. S'il ne connaît aucun de ces mots, il devra chercher le mot français *aine*, et là, il trouvera le terme italien équivalent, *inguine*. Quelquefois, au lieu de traduire complètement une expression française, on a renvoyé le lecteur à un autre mot, ou bien l'on a donné une explication en français ou en anglais.

L'ordre alphabétique a été adopté pour les mots des diverses langues, et on a pu ainsi éviter des répétitions inutiles, quand le mot, en langue étrangère, est similaire ou à peu près au mot français. C'eût été surcharger sans nécessité un ouvrage qui contient déjà 25000 mots. Je n'ai pas eu la patience de chercher des lacunes ou des omissions; en existât-il quelqu'une que cela ne diminuerait en rien la valeur de ce dictionnaire, dont les travailleurs sauront apprécier les avantages. A. CARTAZ.

Manuel de pathologie interne à l'usage des étudiants et des praticiens, par C. VANLAIR (1 *vol. in-8° de* 1052 *pages. Liège et Paris*, 1890).

Le *Manuel de pathologie interne* de Vanlair est le résumé de son cours présenté sous une forme méthodique, simple et concise. On ne devra pas s'attendre à trouver dans les divers chapitres des digressions historiques ou des discussions de longue haleine, mais seulement l'exposé net, parfois même un peu sec, de toutes les notions définitivement acquises. Par sa nature même, ce livre échappe donc à l'analyse. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer à quel point ce livre est complet. Ne se bornant pas à la description des affections communes, ainsi que le font les manuels ordinaires et même bon nombre de traités de pathologie interne, il renferme, sur les affections rares, exceptionnelles même, des renseignements que l'on trouverait difficilement ailleurs que dans des monographies. Il n'est pour ainsi dire pas une affection ressortissant à la pathologie interne dont on ne trouve, dans ce manuel, une description au moins sommaire, toujours suffisante pour en reconnaître les grands traits, et cela non seulement pour les affections nerveuses, qui, en raison du nombre des travaux publiés sur elles et de la compétence spéciale de l'auteur sont traitées d'une façon très remarquable, mais encore pour les maladies des autres systèmes. A ce point de vue, le livre du professeur Vanlair est appelé à rendre de réels services en épargnant de longues recherches à travers les traités spéciaux et les recueils de monographies. GEORGES THIBIERGE.

Manuel de séméiologie technique, par E. MAUREL (1 *vol. in-16*, 558 *pages*, *Paris*, 1890).

Sous le titre de séméiologie technique, Maurel étudie les méthodes d'exploration et de mensuration employées en clinique. Il passe successivement en revue les pesées, les mensurations, la palpation, la percussion, la stétographie, l'isographie, la spirométrie, l'auscultation, la cardiographie, l'étude du pouls, la sphygmographie, l'étude du sang, la thermométrie, l'examen chimique quantitatif et qualitatif et l'examen microscopique des urines. A propos de chaque méthode, il décrit les différents appareils, les comparant entre eux, montrant les avantages et les inconvénients de chacun d'eux, indiquant en détail les modes d'emploi et les précautions à prendre, les perfectionnements à apporter à la technique instrumentale.

Ainsi conçu, cet ouvrage ne peut manquer de rendre de grands services aux débutants en leur montrant pourquoi et comment ils doivent se servir des divers appareils employés dans l'exploration clinique.

Nous exprimerons pourtant le regret que l'auteur n'ait pas étendu à l'étude des autres liquides normaux et pathologiques et en particulier des crachats, l'exposé très important qu'il a fait de l'examen microscopique du sang et de l'urine : après avoir lu les moyens de recherche des bactéries pathogènes dans les urines, on se prend à regretter de ne pas trouver la technique de leur recherche dans l'expectoration, dans les liquides pleuraux et purulents, etc. GEORGES THIBIERGE.

Maladies de l'appareil respiratoire ; tuberculose et auscultation, par J. GRANCHER (1 *vol. in-8° de* 524 *pages. Paris*, 1890).

Le livre de Grancher n'est ni un traité d'auscultation ni un traité de la tuberculose pulmonaire; ses visées sont toutes différentes. Il renferme l'exposé des recherches personnelles et des vues très nouvelles, pour la plupart, de l'auteur, sur divers points de l'une et de l'autre.

Après deux leçons consacrées à l'étude de la structure du poumon et renfermant une série de recherches originales, Grancher expose les règles de l'auscultation, de la percussion et de la palpation, modes d'exploration qui doivent toujours marcher de pair, se contrôler et s'aider réciproquement sous peine de commettre de graves erreurs de diagnostic : l'étude des respirations anormales, des diverses variétés de crépitations et de souffles est faite en détail, avec une grande puissance d'analyse et sous une forme agréable qui laisse à peine deviner l'aridité du sujet.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début permet à l'auteur de montrer l'importance considérable d'une étude attentive des moindres nuances de l'auscultation. Grâce à celles-ci, le diagnostic commence avant ce que les auteurs appellent le « premier degré de la tuberculose » et ce que Grancher appelle la « période de conglomération des tubercules » qui correspond à des lésions déjà considérables, il peut se faire dès la « période de germination des tubercules », alors qu'il n'existe encore qu'un petit nombre d'éléments tuberculeux disséminés à un des sommets et plus particulièrement au sommet gauche. Au lieu d'attendre la matité, les craquements, la bronchophonie pour reconnaître la tuberculose, on peut dépister celle-ci par l'auscultation beaucoup plus tôt. La respiration (inspiration) rude peut en être le seul indice, mais elle n'a de valeur réelle que lorsqu'elle est limitée et fixe, localisée à un seul sommet, et surtout lorsqu'elle coïncide avec des modifications de l'état général ou avec l'existence de conditions générales favorables au développement de la tuberculose. La respiration saccadée est un signe moins fréquent, moins précoce et moins fidèle que la respiration rude et la respiration faible lui est encore inférieure. Ces signes physiques initiaux se transforment lentement et de nouveaux phénomènes s'ajoutent ou se substituent à eux : les signes d'auscultation sont les plus précoces, la submatité et l'exagération des vibrations vocales ne surviennent qu'un certain temps après le début des respirations anormales : lorsqu'elles paraissent, les lésions tuberculeuses doivent être reconnues depuis longtemps; à ce moment la respiration rude a souvent disparu, la respiration est devenue faible et haute, l'expiration est prolongée; les résultats de l'auscultation sont alors inférieurs à ceux fournis par la percussion et la palpation et ne reprennent leur valeur de premier ordre que lorsque les craquements apparaissent.

Grâce à ces signes, on peut et on doit faire le diagnostic de la tuberculose avant que les crachats ne renferment le bacille, lequel, sauf dans quelques formes rares, n'apparaît que tardivement dans l'expectoration.

La prédominance des lésions tuberculeuses aux sommets ne doit pas faire négliger l'exploration des bases : on y trouve souvent, même lorsque les tubercules sont localisés au sommet, les signes permanents ou

mobiles de divers états pathologiques : bronchite, pleurésie sèche ou congestion pulmonaire, l'inspiration y est souvent rude et basse comme au sommet et quelquefois plus qu'au sommet; ces signes, importants au début, perdent de leur valeur à une époque éloignée.

Deux importants chapitres sont consacrés à la pneumonie tuberculeuse et à la spléno-pneumonie tuberculeuse, puis l'auteur aborde l'étude de la tuberculose pleurale : si la pleurésie est le plus souvent une affection secondaire, elle n'est pas toujours tuberculeuse, témoins les pleurésies rhumatismales et celles développées au voisinage d'une lésion pulmonaire, elle peut même succéder à un simple coup de froid.

La pleurésie peut être associée à la tuberculose pulmonaire ou être primitive.

La tuberculose pleuro-pulmonaire commence par une phase pleurétique, au cours de laquelle l'examen direct du sommet révèle le schème bien connu depuis les communications de Grancher à la Société médicale des hôpitaux et la thèse de Netter (Sonorité +, vibration +, respiration — ou modifiée).

La pleurésie tuberculeuse primitive et localisée est rare, le malade succombant presque toujours à l'envahissement des poumons ou des séreuses par la tuberculose, mais bien des faits de pleurésies chroniques suppurées ou hémorragiques considérées comme simples appartiennent probablement à la tuberculose : en effet, pour affirmer qu'une pleurésie n'est pas tuberculeuse, il faut examiner au microscope les feuillets pleuraux et particulièrement le feuillet pariétal et les fausses membranes qui les recouvrent : Les tubercules débutent en général au voisinage de la surface libre de la plèvre et deviennent parfois géants, formant des taches blanchâtres et diffuses qu'on rattacherait difficilement aux tubercules sans l'examen histologique. Dans ces pleurésies tuberculeuses primitives, le début est ordinairement insidieux, l'épanchement peut être très abondant, récidiver à plusieurs reprises après la ponction et rester citrin ou devenir purulent; d'autres fois il est moins abondant, passager et se résorbe après la ponction puis, au bout d'un temps variable, la tuberculose pulmonaire se développe. L'évolution de ces pleurésies est variable, tantôt très rapide, d'autres fois d'une durée très longue. Le diagnostic en est souvent difficile.

Deux importants chapitres sont consacrés aux adhérences pleurales, que Grancher divise en symphyse pleuro-viscérale et symphyse pleuro-pariétale, suivant le feuillet d'où provient le processus de l'adhérence pleurale. Lorsque les lésions portent sur le feuillet viscéral, leur épaisseur est faible ; après une période où l'on constate les signes de la pleurésie sèche, on voit apparaître, si la symphyse est très étendue, des modifications dans l'expansion pulmonaire à l'inspiration : les diamètres latéral et antéro-postérieur s'accroissent encore, mais le diamètre vertical reste invariable et le diaphragme ne s'abaisse que d'un mouvement insensible ; pour compenser ce défaut d'expansion pulmonaire, le thorax se dilate à l'excès et on a le type de la respiration costale, d'où un contraste entre la faiblesse du murmure vésiculaire et l'étendue de l'incursion thoracique, d'où le schème suivant : sonorité =, vibrations =, respiration —, incursion thoracique +. Il n'y a ni rétraction ni déformation de la paroi thoracique, ni atrophie musculaire.

Lorsque les lésions ont pour origine le feuillet pariétal, les adhérences sont épaisses (la structure et l'embryogénie différentes des deux feuillets de la plèvre rendent compte de la différence de leurs réactions inflammatoires), le vide pleural est supprimé, l'expansion pulmonaire est limitée, le poumon est comprimé, et, outre la déformation thoracique décrite magistralement par Laennec, on a le schème : sonorité —, vibrations —, respiration —.

Des chapitres sur le traitement de la phtisie, sur la contagion de la tuberculose et sur l'importante et délicate question de la tuberculose dans ses rapports avec le mariage — que Grancher n'interdit pas d'une façon absolue aux tuberculeux, mais qu'il permet sous des réserves tirées de la forme et de l'ancienneté de la tuberculose, de l'état social du malade, de sa sagesse, de sa docilité et de sa constance dans le traitement — précèdent un dernier chapitre sur l'affection que l'auteur a décrite de façon telle qu'elle mérite le nom de *maladie de Grancher*, nous voulons parler de la spléno-pneumonie. GEORGES THIBIERGE.

I. — 32 cas de méningite tuberculeuse bacillaire, par Hermann RIEDER (*München. med. Woch., décembre* 1889).

II. — Cas de guérison de méningite tuberculeuse, par LEUBE et FUTTERER (*Ibidem, p.* 558, *août* 1889).

III. — Erysipèle de la face ; méningite par propagation, par DU CAZAL (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 *janvier* 1890).

I. — Ces 32 cas se répartissent ainsi suivant l'âge :

De 10 ans à 20 ans, 5 cas ; de 21 à 30 ans, 10 cas ; de 31 à 40, 7 cas ; de 41 à 50, 6 cas ; de 51 à 60, 1 cas ; de 61 à 70, 2 cas. Dans 1 cas, l'âge est inconnu, ces 32 cas ont été observés en 9 ans sur 21071 malades.

Le début de l'affection se trouvait rattaché soit au refroidissement, soit au surmenage physique ou intellectuel, soit encore le plus souvent à aucune cause. L'invasion fut insidieuse et lente (céphalée, vertiges, troubles psychiques, insomnie, constipation, vomissements). Dans 2 cas seulement, il y eut frisson; dans 1 cas, il y eut au début des phénomènes hémiplégiques et épileptiques; dans un autre une paralysie faciale.

Dans la plupart des observations, la méningite était secondaire à une autre localisation tuberculeuse. P. TISSIER.

II. — Le malade avait été suivi par Leube qui avait diagnostiqué méningite tuberculeuse terminée par la guérison. Le malade succomba plus tard, et Futterer fit l'autopsie. Sur la pie-mère de la moelle cervicale et de la moelle allongée, on voyait déjà, à la loupe, un épaississement blanchâtre, preuve d'un processus inflammatoire ancien. Au microscope, sclérose conjonctive diffuse, et nombreuses concrétions calcaires, dont beaucoup siégeaient dans les parois épaissies des vaisseaux, rétrécissant fortement leur lumière. Dégénérescence hyaline des parois vasculaires. Il existait en outre des tubercules miliaires calcifiés. On se trouvait, en somme, en présence de tubercules anatomiquement guéris. P. TISSIER.

III. — Un homme de 34 ans entre à l'hôpital pour un érysipèle de la face datant de 5 jours, qui évolue normalement, en laissant un petit phlegmon à l'angle interne de l'œil gauche ; le 5 janvier l'abcès est ouvert, le malade

continue à aller bien ; le 7 au matin on le trouve mort dans son lit. L'autopsie montra que la suppuration avait envahi tout le tissu conjonctif de l'orbite, et que le sinus frontal gauche était tapissé par une couche de pus ; en outre, il y avait une méningite suppurée le long de la faux du cerveau, étendue sur la convexité des hémisphères, et descendant à la base à toute la région située en arrière des nerfs optiques. Cette méningite diffuse avait donc été absolument silencieuse. H. L.

I. — Epilepsie partielle. Foyers de ramollissement multiples. Cysticerques en grappe des méninges, par CHABRELY (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 *décembre* 1889).

II. — Hémiplégie droite; aphasie; méningo-encéphalite ; cysticerques en grappe des méninges, par BITOT (*Ibidem*).

III. — Deux cas de cysticerques en grappe dans les méninges, par NABIAS et DUBREUILH (*Ibidem*).

I. — Homme de 75 ans, alcoolique, présentant depuis quelques années des crises convulsives avec perte de connaissance ; à partir de juin 1888, ces attaques sont suivies d'un tremblement convulsif de la paupière supérieure gauche, du bras et de la jambe gauches. Puis apparaissent de la surexcitation intellectuelle et de l'hébétude, et finalement une broncho-pneumonie. L'autopsie montre un vaste foyer de ramollissement s'étendant au lobe occipital droit, un deuxième foyer de la troisième temporale, deux autres foyers situés au niveau du lobule du pli courbe et enfin un dernier foyer, important par son siège, à la partie moyenne de la frontale et de la pariétale ascendante. En outre, on trouve, appendus aux deux artères sylviennes, des kystes blanchâtres, de la grosseur d'une graine de raisin.

II. — Homme de 45 ans, atteint d'hémiplégie droite avec aphasie depuis 3 jours. On note une paralysie du facial inférieur droit et une demi-contracture des membres du même côté. Les mouvements volontaires sont en partie possibles. La sensibilité cutanée est normale. Aphasie. Mort dans le coma. A l'autopsie on trouve à gauche des lésions de la méningo-encéphalite et plusieurs kystes ainsi distribués : L'un à l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal gauche, un second au fond de la scissure de Sylvius, deux autres dans l'espace interpédonculaire.

III. — Nabias et Dubreuilh ont fait l'examen histologique des kystes, signalés ci-dessus par Chabrely et Bitot. Dans le premier cas, ils ont constaté que les cysticerques étaient stériles, et outre quelques particularités relatives à la structure, ils ont noté que l'un de ces cysticerques en grappe était un cysticerque du tænia inerme, fait unique, le cysticerque ladrique ayant jusqu'à ce jour été le seul que l'on eût rencontré chez l'homme.

OZENNE.

I. — Myélite aiguë ascendante, centrale, compliquée de tuberculose atypique, par LEROY (*Tribune médicale*, 23 *janvier* 1890).

II. — Ueber Localisationen im Cervicalmark (Des localisations de la moelle cervicale), par BRUNS (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 984, 1889).

III. — Paralysie spinale spastique à début foudroyant chez un sujet de 18 ans, par SHILLING (*München med. Woch.*, *p.* 211, 18 *mars* 1890).

IV. — Un cas de pseudo-sclérose en plaques consécutive à la variole, par CASTAN (*Montpellier médical*, *janvier* 1890).

V. — Ueber symmetrische Gangräne (Gangrène symétrique : syringomyélie probable), par BRAMANN (*Centralbl. f. Chirurgie, n° 29, 1889*).

I. — Homme de 42 ans. Légères hémoptysies depuis deux ans, et signes de tuberculose pulmonaire. Gêne de la marche remontant à quinze jours. Actuellement marche impossible, lourdeur des membres inférieurs, qui sont le siège de fréquents tressaillements musculaires portant sur certains groupes de muscles; flaccidité des masses musculaires des deux mollets; paralysie des muscles antérieurs de la jambe gauche ; abolition des réflexes rotuliens ; abolition irrégulière de la sensibilité au tact et à la piqûre ; abolition presque générale de la contractilité musculaire ; parésie de la vessie et du rectum. En outre, symptômes ordinaires d'un catarrhe gastrique très prononcé. Après un état stationnaire de quelques jours et même une légère amélioration, une paraplégie complète avec paralysie de la vessie et du rectum et eschares survient, et la mort arrive au milieu de symptômes d'affaiblissement graduel. Quelques jours avant la mort, il s'était formé à la marge de l'anus un abcès caséeux, dont les cultures et l'examen bactériologique démontrèrent que l'on avait affaire non à la tuberculose commune, mais peut-être à une tuberculose atypique. OZENNE.

II. — Il s'agit, dans le premier cas, d'une paralysie radiculaire du groupe Duchenne-Erb : deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur auxquels il faut ajouter le court supinateur et le sous-épineux. Cette paralysie a été consécutive à un traumatisme de la moelle et chute sur la nuque sans fracture vertébrale. Neuf mois après l'accident, l'auteur constate que la paralysie s'accompagne d'atrophie des muscles indiqués et d'abolition de l'excitabilité électrique. Il y a de plus de la contracture. Rien à la face, rien à l'œil, rien aux membres inférieurs. L'auteur localise la lésion dans la moelle, au niveau de la cinquième racine cervicale, à la partie supérieure du renflement cervical. Pas d'autopsie.

Dans le second cas, l'auteur constate un foyer d'hématomyélie dans la partie inférieure du renflement cervical, au niveau des septième et huitième racines qui sont du reste prises et atrophiées. Les symptômes observés pendant la vie ont été : abolition de la sensibilité sur toute la moitié interne des membres supérieurs des deux côtés; conservation de la sensibilité à la région externe; paralysie complète et totale des doigts ; abolition des mouvements de flexion des mains; extension faible ; conservation de la pronation, de la supination, et des mouvements du bras et de l'épaule.

De plus, paraplégie, paralysie de la vessie et du rectum, priapisme. Pas de signe oculo-pupillaire.

La cause de ces accidents est une chute d'un échafaudage. Pas de fracture vertébrale. L. GALLIARD.

III. — La paralysie survint subitement (à la suite d'une journée de fatigue), précédée par de la céphalalgie. Extrémités inférieures contracturées. Rien aux membres supérieurs. Réflexes rotulien et du tendon d'Achille très exagérés. Réflexes cutanés exagérés. Pas de troubles de la sensibilité. Rien du côté des nerfs craniens. Diminution de l'excitabilité faradique et galvanique des nerfs moteurs des membres inférieurs, jambes parétiques; parésie vésicale. Diminution des désirs sexuels. Au bout de trois mois, amélioration. Marche encore légèrement spasmodique. Faiblesse des membres inférieurs, pas d'atrophie ; exagération des réflexes tendineux. Légère névrite optique. P. TISSIER.

IV. — Femme de 32 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants, présente, à la suite d'une variole légère, divers troubles nerveux se rapprochant du syndrome clinique de la sclérose en plaques : amélioration sous l'influence de la solanine ; puis progressivement disparition du nys-

tagmus, du tremblement céphalique et du tremblement des membres qui se montraient d'abord à l'occasion des mouvements volontaires. Persistance du trouble de la parole.

Castan, à cause de la marche des phénomènes, croit qu'il s'est agi là d'une pseudo-sclérose, de simples phénomènes névrosiques, sans lésions du système nerveux, déterminés sous l'influence de la variole. Les maladies infectieuses peuvent en effet, en portant leur action sur le système nerveux, déterminer soit de véritables lésions anatomiques, soit des maladies dans lesquelles on ne peut rattacher les troubles fonctionnels à des lésions localisées. A. MOSSÉ.

V. — Bramann présente trois frères, âgés de 7, 10 et 13 ans, atteints de cette affection. A l'âge de 4 ans, des ulcérations commencèrent à se manifester à la pointe des doigts et à la pointe des orteils ; ces ulcères ont abouti à la perte complète des dernières phalanges chez les deux plus âgés. L'affection a marché sous forme d'attaque successive, s'accompagnant de fièvre et de troubles généraux jusqu'à ce que les parties gangrenées fussent éliminées.

La sensibilité est diminuée ; les réflexes tendineux sont plus faibles qu'à l'état normal. Le sens musculaire est conservé. Il n'y a pas d'épaississement des troncs nerveux, pas d'autres troubles trophiques. On peut sentir le pouls partout. Les malades sont d'un pays où il n'y a pas de lèpres. L'auteur considère comme probable qu'il s'agit de syringomyélie. PIERRE DELBET.

Des paralysies au cours du tabes, par DÉJERINE (*La médecine moderne*, 20 *mars* 1890).

On peut observer chez les tabétiques des paralysies radiales pour l'explication desquelles il est impossible de faire intervenir la compression ou le refroidissement. Ces paralysies débutent brusquement, sont d'une durée relativement courte et d'un pronostic favorable, elles consistent plutôt en une parésie qu'en une véritable paralysie : ces caractères les rapprochent des paralysies oculaires du tabes. Elles diffèrent des paralysies par compression par les réactions électriques qui sont les suivantes : intégrité de la contractilité musculaire, perte absolue de l'excitabilité du nerf radial dans toute la longueur de son trajet depuis le pli du coude jusque dans l'aisselle et le creux sus-claviculaire. Ces paralysies sont pour l'auteur la conséquence de névrites périphériques dont le rôle devient de plus en plus important dans la symptomatologie et même dans la pathogénie du tabes. G. THIBIERGE.

I. — Sensibilitaetsstœrungen und Ataxie (Troubles de la sensibilité et ataxie, par RUMPF (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XLVI*, *p.* 35).

II. — Sur un cas d'ataxie locomotrice, par OPPENHEIM (*Berlin. klin. Woch.*, n° 44, *p.* 965, 4 *novembre* 1889).

III. — La maladie de Friedreich, par P. LADAME (*Revue médic. Suisse romande*, *IX*, 397, 452 *et* 629, *juillet*, *août et novembre* 1889).

I. — Goldscheider a prétendu que l'ataxie des mouvements était sous la dépendance de l'anesthésie cutanée, musculaire et articulaire. Les troubles de la motilité seraient donc d'origine périphérique. Rumpf combat cette opinion. Il a rencontré un ataxique qui présentait une diminution notable de la sensibilité cutanée à la main, avec une diminution égale-

ment marquée du sens musculaire et de la sensibilité articulaire. Il n'y avait aucun trouble de la coordination motrice. C'est surtout par l'écriture que l'auteur juge de cette coordination. Les expériences qu'il a faites, les fac-similés qu'il donne montrent bien que c'est la vue qui a, chez les ataxiques, l'importance la plus grande au point de vue de la correction des mouvements. Chez l'homme sain, l'écriture, les yeux fermés, diffère fort peu de l'écriture les yeux ouverts. Chez les ataxiques, au contraire, l'écriture devient très irrégulière lorsque les yeux sont fermés. D'autre part, un courant faradique intense appliqué à la main et à l'avant-bras d'un homme sain supprime momentanément les divers modes de la sensibilité sans produire d'ataxie, que les yeux soient ouverts ou fermés; l'anesthésie périphérique n'est donc pas la condition physiologique de l'ataxie. A. MATHIEU.

II. — Le malade présenté par Oppenheim est un tabétique avancé, offrant quelques symptômes insolites; le début de l'affection, qui remonte à 1866, s'est opéré brusquement par une perte de connaissance. Lorsque le malade reprit ses sens, il avait, à l'œil droit, de la mydriase et du strabisme interne. Ces phénomènes paralytiques persistèrent isolés pendant de nombreuses années, puis apparurent d'autres troubles, telles que les douleurs fulgurantes; enfin, au commencement de 1883, la maladie commença à évoluer plus rapidement.

Dès ce moment, Oppenheim constata de l'anesthésie sur le territoire des deux trijumeaux, mais la dentition était encore intacte. Quatre ans plus tard, lorsqu'Oppenheim revit le malade, celui-ci lui raconta qu'il avait perdu en très peu de temps toutes les dents de la mâchoire supérieure; c'était par trois ou quatre à la fois qu'il se les était enlevées sans douleur ni hémorragie. En même temps, il y avait eu élimination de quelques fragments nécrosés du maxillaire supérieur et finalement le rebord alvéolaire s'était complètement atrophié. Oppenheim a observé trois cas de chute spontanée des dents dans l'ataxie et toujours il y avait anesthésie du trijumeau et analgésie de la muqueuse du maxillaire. J. B.

III. — Intéressante revue critique, accompagnée d'un index bibliographique étendu. Aux observations déjà publiées, Ladame en ajoute une personnelle, offrant certaines particularités.

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans chez lequel la maladie de Friedreich a débuté à l'âge de 8 ans. Ce malade, considéré pendant trois ans comme un choréique, eut à 21 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu à la suite de laquelle son affection médullaire fut notablement aggravée.

Ladame trace ainsi les caractères cliniques différentiels de cette affection

Ataxie et faiblesse des jambes se développant graduellement dans l'enfance, presque toujours sans douleurs, mais simulant souvent les mouvements de la chorée.

Marche progressive très lente, de bas en haut, de la malade, qui atteint successivement le tronc, les bras, les muscles du larynx, de la langue et des yeux. Démarche ataxique et titubante, s'aggravant peu à peu; jamais de rémissions. Parole lente, traînante, saccadée, comme dans la sclérose en plaques. Nystagmus statique et dynamique. Abolition des réflexes du genou. Scoliose. Déformation particulière du pied. A ces symptômes positifs, il faut ajouter les symptômes négatifs suivants :

Absence de douleurs fulgurantes. Intégrité de la sensibilité cutanée dans tous ses modes. Réaction normale des pupilles. Intégrité de la vue. Absence de troubles urinaires et génitaux. Pas de syphilis dans les antécédents. Caractère familial de la maladie.

On possède 9 autopsies de cas authentiques de maladie de Friedreich, 5 dus à cet auteur, 1 à Everett Smith (*Boston med. and surg. Journal*, 15 octobre 1885), 1 à Pitt (*R. S. M.*, XXXIV, 523) et 2 à Rütimeyer (*R. S. M.*, XXXIII, 496).

Les résultats de ces diverses autopsies permettent de différencier nettement la maladie de Friedreich du tabes et des autres scléroses combinées de la moelle. J. B.

De l'exophtalmie dans ses rapports avec les paralysies bulbaires, par GAREL (*Archivos int. de laryng.*, *Barcelone*, *n° 2*, 1890).

Garel publie deux cas qui viennent à l'appui de l'origine bulbaire de la maladie de Basedow.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 53 ans, tabétique, présentant de l'exophtalmie unilatérale droite, sans gonflement du corps thyroïde. Le voile du palais offre une hémiparalysie droite, la luette est déviée à gauche. La corde vocale droite est immobile en position cadavérique, non atrophiée.

Dans le second cas, homme de 62 ans, atteint de paralysie laryngée, précédée, dans ses manifestations habituelles, d'une exophtalmie double sans goitre. Le malade présente des signes caractéristiques de l'affection bulbaire, avec une atrophie musculaire progressive des membres. Les cordes vocales se meuvent normalement; mais il existe sur le tissu postérieur de la corde droite une petite ulcération que Garel regarde comme de nature trophique. A. C.

I. — Sur les névroses traumatiques et l'hystérie traumatique, par A. STRUEMPELL (*München. med. Woch.*, 14 *janvier* 1890).

II. — Hystéries toxiques, par SOUTOUL (*Thèse de Paris*, 1889).

III. — Beiträge zur hysterische Stummheit (Mutisme hystérique), par Gottfried LUSCH (*München. med. Woch.*, *p.* 215, *mars* 1890).

IV. — Note sur une stigmatisée, par FERROUD (*Loire médicale*, 15 *mars* 1890).

V. — Des troubles trophiques dans l'hystérie : hystérie et œdème, par GILLES DE LA TOURETTE (*Iconographie photogr. de la Salpêtrière*, *n° 6*, *p.* 251, 1889).

VI. — Sur les dangers de l'hypnotisme, par von ZIEMMSEN (*Münchener med. Woch.*, *p.* 537, *juillet* 1889).

VII. — Observation de neurasthénie et d'hystérie associées, par DUTIL (*Gaz. méd. de Paris*, 30 *novembre* 1889).

VIII. — De la neurasthénie, par PITRES (*Brochure. Toulouse*, 1889).

I. — Strümpell rapporte un cas d'hystérie typique développée à l'occasion d'une blessure légère de la nuque chez un soldat de 20 ans. Il y eut perte de connaissance initiale, puis hémiplégie et anesthésie droite totales. L'hémiplégie disparut au bout de 2 mois, ne laissant qu'une légère paresse du bras et une hémianesthésie droite totale sensitivo-sensorielle.

Strümpell se refuse à appeler traumatique, l'hystérie qui se développe à l'occasion et non sous l'influence directe, causale du traumatisme. Il réserve le nom de traumatiques aux névroses créées par le traumatisme, et dépendant non de lésions grossières, mais de troubles matériels consécutifs à l'ébranlement cérébral. La commotion cérébrale peut amener la mort, sans qu'on constate de grosses lésions, un ébranlement violent du système nerveux central peut bien amener des troubles nerveux per-

sistants. Le diagnostic entre les névroses traumatiques est souvent très difficile d'avec l'hystérie; cela ne suffit pas pour qu'on ne distingue pas ces deux névroses. P. TISSIER.

II. — Bien que l'auteur soit partisan de l'unité de l'hystérie et qu'il admette que l'hystérie toxique ne diffère en rien de l'hystérie ordinaire ou de l'hystérie traumatique, il emploie cependant ce pluriel : hystéries toxiques, qui devrait être absolument rejeté par les partisans de l'unité de la névrose. Il divise l'hystérie toxique en : 1° hétéro-toxique, par exemple, l'hystéro-saturnisme, l'hystéro-alcoolisme, etc... ; 2° auto-toxique, telle que l'hystérie provoquée par le diabète; 3° enfin des intoxications d'origine microbienne peuvent produire l'hystérie, ainsi celle qui survient à la suite de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, par exemple. GEORGES GUINON.

III. — Lusch accepte tous les points de la description de Charcot et de Cartaz, sauf qu'il attribue, dans certains cas, une part d'influence à l'anesthésie du pharynx et à l'état des mouvements de la langue.

La maladie peut survenir d'une façon endémique, elle est de nature psychique pouvant être provoquée et guérie par suggestion.

L'auteur rapporte deux cas de mutisme hystérique. P. TISSIER.

IV. — Fille de 18 ans, hystérique et syphilitique à 15 ans, vers la fin d'une période menstruelle, première crise d'hystérie convulsive et apparition d'hémorragies à la surface des muqueuses nasale et conjonctivale, ainsi que par les conduits auditifs externes. Pendant trois ans, de semblables hémorragies se sont plusieurs fois montrées. Depuis plusieurs mois que la malade est à l'hôpital, on a constaté des crises de l'hystérie minor, qui apparaissent, soit spontanément ou sont provoquées par suggestion, et en outre, des hémorragies, qui surviennent en dehors de la période menstruelle, laquelle n'a jamais fait défaut. Ces hémorragies qui souvent ne reconnaissent d'autre cause qu'une émotion ou qui peuvent être provoquées par la suggestion, ont un siège des plus variables. A part certaines régions pileuses comme le cuir chevelu et le pubis, elles occupent tous les points du corps, la plante et le dos du pied, le talon, les régions sus-malléolaires, les faces antérieure et interne des cuisses, les fesses, les lombes, le nombril, l'hypogastre, les épaules, les aisselles, les mamelons, les conduits auditifs externes et les conjonctives. Le sang, qui exsude à la surface de ces dernières est peu coagulable, d'une odeur *sui generis*, analogue à celle du flux menstruel. Les hémorragies et les crises convulsives paraissent être en raison inverse les unes des autres; quand la tension augmente dans le système nerveux, elle diminue dans le système circulatoire et inversement. OZENNE.

V. — Dans ce travail, Gilles de la Tourette rapporte trois nouvelles observations d'atrophies musculaires survenues chez des hystériques. Ces observations s'écartent par certains points de la description donnée antérieurement par Babinski. Ainsi l'auteur a pu constater que l'atrophie musculaire d'origine hystérique peut envahir des membres indemnes de paralysie ou de contracture; d'autre part, ses trois malades, à l'inverse de ceux de Babinski, présentaient tous les trois des contractions fibrillaires très manifestes, et l'un d'entre eux offrait les caractères les plus nets de la réaction de dégénérescence.

L'auteur mentionne ensuite cinq observations d'œdème de nature hystérique. Cet œdème, signalé par Sydenham, n'a été réellement étudié qu'à partir de 1880. (Obs. de Damaschino, Fabre, Weir Mitchell, Charcot.) Cet œdème se superpose presque toujours d'une contracture

ou d'une paralysie d'un membre; c'est un œdème dur sur lequel la pression prolongée du doigt ne laisse que peu ou pas d'empreinte; le plus souvent la peau à son niveau est violacée (*œdème bleu*, suivant l'expression de Charcot) et la température locale est abaissée. Il subit des alternatives fréquentes d'augmentation et de diminution, et sa durée, qui peut être fort longue, paraît surtout subordonnée à la marche de la paralysie ou de la contracture sous-jacente. G. LYON.

VI. — V. Ziemmsen, après avoir rappelé les différences qui séparent l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy, s'attache à préciser l'action de l'hypnotisme. Celui-ci ne serait utile que dans les troubles fonctionnels légers et son action serait passagère, souvent nulle et quelquefois nuisible chez beaucoup de malades.

La suggestion réussit surtout dans les affections du système nerveux, mais son action ne dure guère et v. Ziemmsen cite à l'appui de son opinion un cas d'insomnie dans le goitre exophtalmique, et plusieurs cas de névralgies dentaires, de migraine, etc. La suggestion n'agit pas dans les névroses graves (paralysie agitante, hystérie, chorée), mais seulement dans les troubles « superficiels ». Elle ne guérit que des symptômes et non pas la maladie elle-même.

Dans l'hystérie, l'hypnotisme substitue à un état cérébral anormal, un autre état anormal, en outre il aggrave l'hystérie. Pour v. Ziemmsen, le sommeil hypnotique est un sommeil pathologique. Prétendre que mettre souvent une personne dans l'état hypnotique n'offre aucun danger, c'est dire que les injections répétées de morphine ne sont pas nuisibles. Ainsi qu'on le voit, v. Ziemmsen s'adresse surtout dans ce travail aux théories de l'école de Nancy. P. TISSIER.

VII. — 1° C...., 42 ans, sans antécédents héréditaires. En septembre 1888, à la suite de la rencontre de deux trains et des fatigues et des émotions qu'il éprouva durant le sauvetage des blessés, il fut pris de céphalée et de tremblement des membres supérieur et inférieur droits devenus plus faibles que du côté opposé. A plusieurs reprises, il eut quelques attaques nerveuses, caractérisées par la perte de connaissance, précédée de bourdonnements d'oreille, serrement à la gorge et sensation de secousses électriques dans les membres. L'examen direct fait constater de l'affaiblissement et du tremblement des membres du côté droit, avec une anesthésie absolue dans toute la moitié droite du corps et une modification des sens spéciaux correspondants, sauf des yeux qui sont intacts. Amoindrissement de l'intelligence avec tendance à la mélancolie, céphalée gravative constante; vertiges par moments et troubles digestifs variés;

2° H...., 34 ans, chauffeur de locomotives. Pas d'antécédents héréditaires, ni syphilis, ni alcoolisme. A partir de 1888, faiblesse des membres inférieurs agitation nocturne, céphalée, sensation de lourdeur dans le bas du dos. En février 1888, attaque convulsive qui s'est plusieurs fois répétée : actuellement on note une certaine impotence fonctionnelle des membres inférieurs, un tremblement très marqué des quatre membres et une diminution très nette de la sensibilité générale dans toute la moitié droite du corps. Altérations différentes de la vue, de l'odorat et du goût. Fréquentes attaques épileptiformes;

3° D...., lingère, 28 ans. Père aliéné. Depuis septembre 1888, faiblesse générale, céphalée constrictive permanente, sensation de compression à la région sacrée, étouffements, vertiges, etc. En mai 1889, ces accidents s'accroissent et se compliquent de perte de mémoire, d'agitation nocturne et

d'attaques avec perte de connaissance. Actuellement ces attaques sont facilement provoquées et l'on note une analgésie absolue de tout le membre supérieur droit à partir du tiers inférieur droit et diverses altérations des sens spéciaux. Tremblement du membre supérieur droit. Céphalée. Perte de la mémoire, etc.

VIII. — Après en avoir cité un exemple avec détail, Pitres étudie les causes de la neurasthénie, qu'il divise en prédisposantes et occasionnelles (masturbation, intempérance, excès intellectuels, débauche, etc.); puis il donne une description des différentes formes de la maladie (formes cérébrale, spinale, névralgique, cardialgique, gastro-intestinale, génitale et psychique) et il fait le diagnostic principalement avec l'hystérie. Quant au traitement, il consiste dans l'application de l'hygiène, des exercices physiques, de l'hydrothérapie, des sédatifs et des toniques. OZENNE.

Autographisme et stigmates, par MESNET (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 25 *mars* 1890).

Mesnet communique l'observation de 4 malades qu'il invoque pour l'interprétation d'un fait spécial de physiologie pathologique. Ce fait, qu'il désigne sous le nom d'autographisme, est caractérisé par le développement, à la surface de la peau, sous forme d'un relief saillant, d'une inscription quelconque, emblèmes, figures ou mots, dont le simulacre a été légèrement tracé par un instrument mousse. C'est tout d'abord une vive rougeur que l'on voit apparaître sur le trajet du tracé, puis bientôt une ligne blanche rosée et finalement une ligne pâle beaucoup plus large et plus saillante. Ce phénomène s'observe sur les sujets qui présentent les manifestations des grandes attaques de l'hystérie convulsive. Acte réflexe, d'une durée éphémère, indépendant de la sensibilité de la peau, il atteint son maximum de développement au printemps, à l'époque des règles et sous l'influence des excitations du système nerveux. Tout en étant un fait exceptionnel dans la série des troubles hystériques, l'autographisme n'en est pas moins intéressant à étudier. OZENNE.

La dermographie, par FÉRÉ et A. LAMY (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, *n°* 6, 1889).

Les auteurs ont recherché le phénomène de l'autographisme, qu'ils appellent dermographie, sur 130 malades, épileptiques ou nerveux; ils l'ont trouvé 7 fois intense, 18 fois à un degré moyen, 21 fois très faible. Le phénomène s'observe de préférence sur les régions de la peau riches en fibres lisses, thorax, dos. Les expériences pour entraver la production du relief ont démontré que l'anesthésie locale, éther, glace, ne fait que retarder l'apparition des saillies.

S'agit-il d'une variété d'urticaire? Les auteurs ne tranchent pas la question; il y a en effet des arguments pour et contre. L'origine première est difficile à interpréter; quant au phénomène en lui-même, il s'agit de troubles vasculo-musculaires avec phases de contraction et de paralysie. A. C.

La nutrition dans l'hypnotisme, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU (*Progrès médical*, 26 *avril* 1890).

Les auteurs ont fait porter leurs recherches sur les urines de trois

femmes hystériques et hypnotisables, — dans trois états, léthargie, catalepsie et somnambulisme hypnotique. Ils ont constaté que lorsqu'on plonge pendant une heure un sujet dans une période du grand hypnotisme on note la diminution du volume de l'urine, du taux de tous les excreta urinaires, résidu fixe, urée, phosphates avec inversion de la formule de ces derniers (augmentation de l'acide terreux, diminution de l'acide alcalin). Ces phénomènes sont marqués surtout dans la catalepsie hypnotique et dans la période de léthargie prolongée ou état de mal de léthargie.

Ils concluent : 1° que l'hypnotisme est un état pathologique provoqué; 2° qu'au point de vue chimique, comme au point de vue clinique l'hypnotisme et l'hystérie ont de nombreux liens d'étroite parenté. H. L.

I. — Troubles trophiques liés à l'hystérie et simulant ceux d'une névrite radiculaire du plexus brachial, par CHANTEMESSE et WIDAL (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *mars* 1890).

II. — Note sur l'observation précédente. Traumatisme du cou, par FERRAND (*Ibidem*, 28 *mars* 1890).

I. — Il s'agit d'un homme de 27 ans, qui présente une atrophie de tout le membre supérieur gauche, du deltoïde, des sus et sous-épineux et du grand dentelé. Les doigts sont amincis, la peau atrophiée, lisse, luisante, comme dans le glossyskin; la main est moite et des gouttes de sueur perlent constamment à la surface des doigs, les ongles sont incurvés, brillants, arrondis, striés transversalement et longitudinalement; la main gauche est plus froide que la droite et se cyanose au moindre froid. Aucune altération de la sensibilité. Ces accidents sont survenus quelques jours après l'ouverture d'un abcès siégeant à l'angle du maxillaire inférieur.

Au début, il y a eu une contracture du membre qui a disparu après deux séances de massage sous le chloroforme. Toute la moitié gauche du corps est le siège d'une hyperesthésie vague, sur laquelle sont disséminées des zones d'hyperesthésie très vive, aux doigts, à la région temporale gauche, au creux axillaire, derrière l'épitrochlée, au rein. En outre, le malade présente des stigmates hystériques, abolition du réflexe pharyngé, diminution des sens de l'odorat et du goût à gauche. Il y a un léger hémispasme facial. Il n'y a pas de réaction de dégénérescence musculaire. Les deux yeux présentent un retrécissement concentrique du champ visuel. Il y a une transposition dans les cercles des couleurs. H. L.

II. — Ce malade était entré à l'hôpital pour un abcès ganglionnaire du cou que l'on incisa; peu après, il fut pris de phénomènes pulmonaires graves (toux, dyspnée, expectoration infecte) et le diagnostic oscilla entre une gangrène pulmonaire et une tuberculose (bacilles de Koch dans les crachats), bientôt après s'accusèrent des sensations douloureuses très intenses tout autour de la base du thorax et l'on crut à une pleurésie diaphragmatique. Au moment où le mieux se manifesta, au bout de quelques jours, le malade se plaignit de douleurs dans le membre supérieur gauche, avec œdème de la main et contraction due à la douleur. Six mois après, l'état général était bon, mais la tension douloureuse avait persisté et il y avait une atrophie musculaire très nette. C'est alors que trois séances de massage sous chloroforme amenèrent la guérison progressive de la contraction.

Ferrand, tout en faisant la part de l'hystérie (héréditaire), fait ses réserves sur la possibilité d'une véritable névrite centrale ou périphérique. H. L.

I. — Quelques faits d'endocardite maligne, par J. GIRODE (*C. R. Soc. biol.*, 9 *novembre* 1889).

II. — De la myocardite, par RINDFLEISCH (*Münchener med. Woch.*, *n°* 1, *p.* 16, 7 *janvier* 1890).

III. — Note sur une nouvelle maladie organique du cœur, la myocardite segmentaire essentielle chronique, par J. RENAUT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 *février* 1890).

IV. — Du rôle comparatif du cœur gauche et du cœur droit dans l'asystolie, par C. van HEUVERSWYN (*Thèse de Paris*, *novembre* 1889).

V. — Das Verhalten des Magens bei Herzfehlern (L'acide chlorhydrique de l'estomac dans les affections cardiaques), par Max EINHORN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 1042, 2 *décembre* 1889).

VI. — Ueber die Magenverdauung bei Herzfehlern, par A. ADLER et R. STERN (*Ibid.*, *p.* 1060).

VII. — Die Herzbeschwerden klimakterischer Frauen (Les troubles cardiaques de la ménopause), par E. Heinrich KISCH (*Berlin. kl. Woch.*, *p.* 1087, 16 *décembre* 1889).

I. — Girode rapporte 7 cas observés par lui, de 1886 à 1888, 3 chez l'homme, 4 chez la femme. Sauf dans un cas où elle a paru se développer primitivement, l'endocardite maligne venait compliquer la chlorose, la tuberculose, la fièvre typhoïde, la cirrhose atrophique, le rhumatisme noueux. Deux malades présentaient une affection cardiaque antérieure. A part les cas coïncidant avec la tuberculose ou la dothiénentérie, la porte d'entrée de l'agent infectieux est restée inconnue.

C'est le cœur gauche surtout qui était atteint. Parmi les lésions à distance, Girode signale les infarctus viscéraux, l'oblitération embolique de l'artère radiale droite dans un cas, des deux artères cruro-poplitées dans un autre, deux faits de broncho-pneumonie pseudo-lobaire et deux cas de ramollissement cérébral embolique, soit cortical, soit central.

Dans le cas d'endocardite maligne consécutive à la fièvre typhoïde, l'auteur a trouvé le bacille d'Eberth dans le sang et dans les végétations du ventricule gauche, dans le liquide céphalo-rachidien. Dans le cas où il existait un kyste fibrino-purulent de l'oreillette gauche, il a rencontré le staphylococcus pyogenes aureus avec quelques streptococcus pyogènes. Dans deux cas, il a constaté la présence du bacille découvert par Gilbert et Lion dans l'endocardite. PAUL LOYE

II. — La myocardite primitive idiopathique semble ne plus devoir être admise. Rindfleisch, en dehors des abcès miliaires, colonies microbiennes, distingue deux processus principaux liés l'un à l'endartérite oblitérante, amenant l'atrophie des fibres musculaires et l'hyperplasie du tissu conjonctif, l'autre lié aux oblitérations thrombosiques (la thrombose accompagnant les processus endocarditiques) et amenant la nécrose des éléments du cœur, en produisant une fonte granulo graisseuse en foyer, qu'on a souvent nommée abcès du cœur.

Y a-t-il une myocardite parenchymateuse (Virchow). L'aspect hyalin des fibres musculaires en pareil cas est peut-être un processus de coagulation. Il rappelle beaucoup la dégénérescence hyaline de la myosite

typhique et s'observe surtout dans les cas de mort subite, avec cœur contracté, de couleur lardacée à l'autopsie. P. TISSIER

III. — Anatomiquement la myocardite segmentaire essentielle est caractérisée par la dissociation segmentaire du tissu musculaire du cœur, c'est-à-dire par la fonte du ciment, qui unit et sépare les cellules cardiaques. Il n'y a pas d'autre lésion que cette dissociation. Principalement observée chez les vieillards et chez les sujets prématurément séniles, cette affection, au point de vue symptomatique, se révèle toujours par l'arythmie du pouls et du cœur, sans hypertrophie préalable, et sans modification de la forme générale de la pulsation. On peut distinguer deux formes de pouls sénile myocardique ; l'un, *le faux pouls régulier*, dans lequel les pulsations consécutives ne sont plus ni équipotentielles, ni équidistantes : l'autre, le *pouls arythmique vrai multiforme*.

Le second grand signe de la myocardite segmentaire est l'*effacement du choc précordial localisé*, et le troisième signe physique consiste dans l'existence d'une surface mate, dite *matité rectangulaire*. A l'auscultation on note un souffle systolique médio-cardiaque limité et instable ; doux et peu intense, il a son maximum au milieu du cœur et il n'est accompagné d'aucun bruit harmonique surajouté. On ne constate ni tuméfaction du foie, ni veinosités du visage, et jamais à aucun moment le tableau classique de l'asystolie vulgaire.

Les terminaisons de la myocardite sont : 1° La mort par syncope brusque; 2° la mort par asystolie ; 3° la mort par maladies intercurrentes, ce qui est fréquent à cause de la grande vulnérabilité de ces cardiopathes. La digitale, l'ergot de seigle et les toniques constituent la base de la médication. OZENNE.

IV. — Dans cette thèse intéressante écrite sous l'inspiration de Desplats (de Lille), l'auteur établit deux types différents d'asystolie, dus à ce qu'un des ventricules du cœur s'est laissé forcer avant son congénère. Dans un premier type (lésion de la valvule aortique ou de l'aorte, artério-sclérose, lésions du péricarde, efforts, exercices musculaires), dû à l'affaiblissement du cœur gauche, la stase se produit aux extrémités inférieures où la vis *a tergo* devient nulle : un œdème se développe, blanc et mou ; en même temps, l'impulsion cardiaque et le choc précordial sont diminués, le pouls est souvent irrégulier, les urines sont rares et foncées mais peu chargées, l'ascite fait défaut pendant longtemps ; le malade est pâle, n'a pas de cyanose, pas de dilatation ou de reflux des jugulaires ; les accidents pulmonaires sont insignifiants, la dyspnée n'apparaît que pendant les efforts et n'est pas augmentée par la position horizontale qui amende même certains symptômes dus à l'anémie cérébrale (vertiges, éblouissements, etc.). Dans un deuxième type dû à l'insuffisance fonctionnelle du ventricule droit (lésions des valvules mitrale et pulmonaire, emphysème, asthme, affections pleuro-pulmonaires, déformations rachitiques, etc.), la stase se produit dans les organes respiratoires et surtout à leurs parties déclives : d'où œdème pulmonaire, infarctus, hydrothorax, produisant une dyspnée qui s'exagère par le décubitus dorsal ; l'œdème des membres inférieurs est cyanique, dur, surtout accentué à la racine des membres ; le cœur gauche se contracte énergiquement et, en dehors des crises respiratoires, régulièrement ; les urines sont rares et concentrées, albumineuses à certains

moments ; l'ascite est précoce et souvent considérable : le facies est absolument caractéristique (muqueuses et face cyanosées, yeux injectés, jugulaires dilatées). Ces deux types peuvent se combiner plus ou moins ; mais l'analyse attentive des phénomènes actuels et des antécédents permet de reconnaître la prédominance de l'un d'eux. De la constatation de l'un ou de l'autre de ces deux types, résultent des indications thérapeutiques différentes. GEORGES THIBIERGE

V.— E. Hüfler (*Münchener medicin. Wochenschrift* 1889, n° 33) a conclu de 10 expériences sur des malades atteints d'affections du cœur, que celles-ci, sans affaiblir les fonctions motrices de l'estomac, font disparaître l'acide chlorhydrique du suc gastrique.

Einhorn critique la façon de procéder de Hüfler. En effet, en administrant à ses malades le repas d'épreuve de Leube qui comprend 130 grammes de viande, il n'est pas étonnant qu'il n'ait pas retrouvé d'acide chlorhydrique libre, car Einhorn a montré que le même phénomène se produit chez des individus complètement sains, parce que les substances albuminoïdes s'emparent de l'acide chlorhydrique. Procédant autrement, Einhorn s'est servi du déjeuner d'épreuve d'Ewald (petit pain), et chez 8 des 12 cardiaques auxquels il l'a fait ingérer, il a pu déceler de l'acide chlorhydrique.

VI. — Faisant au procédé expérimental de Hüfler, les mêmes reproches que Einhorn, Adler et Stern, en procédant comme ce dernier, ont recherché l'acide chlorhydrique dans l'estomac de 20 malades atteints d'affections cardiaques et sont arrivés aux résultats suivants : 16 en présentaient constamment, 2 non constamment et 2 jamais. Sur ces 20 malades, 7 accusaient quelques troubles gastriques ; 4 d'entre eux avaient toujours de l'acide chlorhydrique libre, 2 d'une façon inconstante et 1 pas du tout. L'autre malade, dont l'estomac ne renfermait jamais de HCl libre, jouissait d'un excellent appétit et n'avait jamais souffert de l'estomac.

Adler et Stern ont ensuite administré à 13 de ces 20 malades, le même repas que Hüfler : 12 d'entre eux avaient constamment de l'acide chlorhydrique libre, une heure après l'ingestion du déjeuner d'épreuve d'Ewald (petit pain de 35 grammes). Or, deux heures après le repas de Leube, 7 n'avaient pas d'acide chlorhydrique libre, 4 n'en avaient pas toujours et 2 seulement en avaient d'une façon constante. Sur les 9 réexaminés au bout de cinq heures, 8 en avaient constamment et 1 seul, point.

Adler et Stern se sont enfin assurés que chez les individus sains les choses se passent sensiblement de la même façon, suivant la nature et la quantité des aliments ingérés et le moment de la digestion stomacale, si l'on pratique l'examen du contenu de l'estomac. J. B.

VII. — Chez les femmes arrivées à l'âge critique, Kisch a observé 3 espèces de troubles cardiaques :

1° La *tachycardie paroxystique*. Les accès ne durent en général que quelques minutes, mais peuvent se reproduire plusieurs fois dans la même journée. L'accélération et l'augmentation d'énergie des battements cardiaques causent à ces femmes une sensation très incommode ; elles éprouvent de l'angoisse, de la compression du thorax, des battements carotidiens, des pulsations de l'aorte abdominale, des bouffées de chaleur à la face, une vive céphalalgie ; parfois il s'y joint des bourdonnements d'oreille et des étourdissements, rarement une syncope. *Habituel-*

lement, on observe en même temps de l'agitation physique et intellectuelle de l'inaptitude à toute occupation régulière, un sommeil pénible, entrecoupé de rêves et généralement une grande excitabilité nerveuse. Les malades de Kisch, loin d'être anémiques, étaient plutôt pléthoriques: leur sang contenait une proportion d'hémoglobine de 110 à 120, tandis que 93 est le chiffre normal chez les femmes. Elles n'avaient ni dyspnée, ni asthme cardiaque, ni albuminurie ; dans quelques cas seulement, de l'œdème des pieds. Kisch a obtenu de bons résultats d'un traitement consistant dans l'emploi systématique des laxatifs, d'un régime léger, d'exercice corporel régulier, de lotions froides et d'enveloppements humides du bas-ventre.

Il s'agit là d'une névrose consistant plutôt en une irritation des nerfs extra-cardiaques excito-moteurs qu'en une parésie des filets nerveux antagonistes ; ce qui le prouve, c'est l'énergie de l'impulsion cardiaque, la régularité des battements et la coexistence d'autres troubles des nerfs vaso-moteurs.

Pour Kisch, cet état d'excitation est sous la dépendance des modifications qu'il a décrites dans les ovaires (*Arch. f. Ginaekol.*, XII) à l'époque de la ménopause et qui se caractérisent par l'hyperplasie du stroma. Des troubles identiques s'observent à la suite de la castration chez les femmes, ainsi que l'a signalé L. Glaevecke (*Körperliche und geistige Veranderungen im weiblichen Körper nach künstlichen Verluste der Ovarien einerseits und des Uterus andererseits. Leipzig* 1889).

Moon (*British med. journ.*, décembre 1874) a également publié un cas de tachycardie à la suite d'une cessation brusque des règles.

2° *La faiblesse cardiaque*, moins fréquente mais plus sérieuse. Elle atteint en général des femmes frêles qui ont été chlorotiques à la puberté, anémiques plus tard et chez lesquelles l'âge critique s'accompagne de ménorrhagies profuses, ou bien encore des femmes qui ont toujours été très abondamment menstruées, qui ont eu des accouchements répétés et difficiles, ou des avortements qui les ont affaiblies.

3° La *surcharge graisseuse du cœur* en rapport avec la tendance à l'embonpoint qui caractérise la ménopause. Chez les femmes, l'oppression et les palpitations ne surviennent guère qu'à l'occasion de mouvements corporels un peu énergiques, ou après les repas. Mais ces troubles cardiaques liés à l'obésité sont toujours beaucoup moins marqués que chez les hommes. (*R. S. M.*, XXVII, 553.) J. B.

Essai sur la nature des endocardites infectieuses, par G. LION (*Thèse de Paris, 27 février* 1890).

Dans cette étude basée sur 13 observations inédites et sur un grand nombre de recherches expérimentales, Lion divise les endocardites infectieuses en deux groupes : le premier comprend les endocardites produites par des microbes non encore rencontrés dans d'autres infections ; le deuxième comprend celles qui reconnaissent pour cause le microbe spécifique d'une maladie déterminée. Au premier groupe, ressortissent les endocardites déterminées par un bacille dont Gilbert et Lion ont les premiers donné la description et dont l'étude pathologique, histologique et expérimentale est faite très complètement dans cette thèse ; ce bacille, injecté dans le système circulatoire du lapin, détermine une

endocardite végétante, sans qu'il soit nécessaire de léser les valvules au préalable, une aortite infectieuse rappelant sous tous les rapports les lésions décrites chez l'homme sous le nom d'athérome, et enfin ses lésions de méningite cérébro-spinale ; à ce groupe appartiennent encore les endocardites produites par le bacillus endocarditis griseus de Weichselbaum, par le micrococcus endocarditis rugatus et le bacillus endocarditis capsulatus du même auteur. Dans le deuxième groupe, de beaucoup le plus important, on doit ranger les endocardites à microbes pyogènes (endocardites consécutives à l'infection purulente, à l'érysipèle, à la fièvre puerpérale), les endocardites produites par le pneumocoque, par le bacille de la tuberculose, par celui de la fièvre typhoïde (Lion en rapporte un exemple démonstratif avec examen bactériologique par Girode), peut-être les endocardites que l'on observe dans le cours de la blennorragie, des fièvres éruptives ; mais pour ces dernières, l'étude bactériologique fait encore défaut. Ces différentes variétés d'endocardites infectieuses présentent des caractères anatomo-pathologiques et cliniques un peu différents, qui sont bien mis en lumière par les descriptions de Lion. GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude des affections du myocarde ; les grandes scléroses cardiaques, par NICOLLE (*Thèse de Paris*, 26 *février* 1890).

Sous le nom de grandes scléroses cardiaques, Nicolle décrit une forme de sclérose du myocarde, dans laquelle le cœur est gros, régulièrement hypertrophié avec de nombreuses plaques cirrhotiques dures ou molles occupant toujours avec une prédominance marquée la moitié inférieure des parois du ventricule gauche. Ces lésions débutent par une dégénérescence massive de la fibre musculaire, procédant par foyers distincts ; la fibre disparue, il se produit une sclérose lente, sans infiltration leucocytique et offrant deux stades principaux, l'un vasculaire, l'autre invasculaire. Les îlots malades se développent le plus loin possible des vaisseaux ; peu nombreux, ils restent clairsemés au sein des faisceaux musculaires ; abondants, ils se fondent et intervertissent par leur réunion la topographie normale du myocarde. A ces altérations se joignent constamment des lésions des artères coronaires et de l'endocarde. L'arbre artériel est également pris dans sa plus grande partie, tandis que le rein peut demeurer à peu près sain ou simplement cyanotique. Les embolies, dues à des thromboses intracardiaques, s'observent fréquemment.

Cliniquement, la sclérose du myocarde, quand elle n'est pas masquée par l'intensité des altérations des artères coronaires et de l'endocarde (types angineux et embolique), se traduit par un ensemble de symptômes dont les plus importants sont le début inopiné par la dyspnée et la perte des forces, l'intensité de la dyspnée, la pâleur excessive, l'hypertrophie cardiaque avec affaiblissement des systoles et renforcement du deuxième bruit aortique, les caractères du pouls qui est rapide, régulier et dur, la fixité et l'incurabilité des phénomènes asystoliques, la durée relativement courte. GEORGES THIBIERGE.

De la contractilité des globules rouges et des pseudo-parasites du sang dans l'anémie extrême, par HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 *février* 1890).

Hayem décrit 4 types observés dans le sang pur : 1° Eléments contrac-

tiles dans toute leur masse; certains globules rouges, parfois très volumineux, se replient sur eux-mêmes en se plissant, et leur surface devient bosselée, ou prennent des formes plus ou moins compliquées; 2° Eléments à prolongement mobiles. On voit des globules rouges déformés moyens, petits ou nains, porteurs de prolongements en forme de tentacules, au nombre de un à trois; ces éléments sont immobiles ou mobiles, au niveau de ces tentacules qui oscillent et possèdent même des mouvements vermiculaires, quand ils sont très déliés; 3° Eléments oscillant sur place. Ce sont des globules nains, ils oscillent autour d'un axe passant par leur plus grand diamètre, et se montrent, de champ, obliquement ou à plat, mais ils ne se déplacent pas; 4° Eléments se déplaçant dans la préparation. Ce sont des globules rouges, plus petits que les oscillants, et qui se meuvent avec activité, d'où le nom de pseudo-parasites. Le plus souvent ils ont l'apparence de bâtonnets noueux, étroits, longs de 3 à 8 μ. Les pseudo-parasites subissent un mouvement d'oscillation continue autour de leur axe vertical, et des mouvements d'inflexion suivant leurs faces; ils changent constamment de forme, de bâtonnets deviennent boules arrondies avec flagellum, ou s'incurvent en V. La mobilité de ces bâtonnets est de 2 à 3 heures; on les retrouve dans les préparations fixées par dessiccation, mais ils sont peu colorés.

Hayem n'a trouvé qu'une fois le premier type; il a rencontré les trois autres chez tous les malades très anémiés (cancer, anémie pernicieuse, chlorose). Il considère ces éléments comme des globules rouges arrêtés dans leur évolution et avortés.

Chantemesse a observé dans le cours de la grippe, sur des préparations de sang dilué, des corps absolument semblables; il a surtout noté deux formes, l'une en raquette : un prolongement protoplasmique s'échappe d'un point de la surface du globule rouge ; ce corpuscule est très mobile au milieu des hématies immobiles; l'autre ressemblant aux monades de Klebs; ce sont des corpuscules mobiles ayant une extrémité réfringente. A un des pôles du grand diamètre, se trouve un flagellum dont l'extrémité libre est souvent garnie d'un renflement à mouvements très rapides. H. L.

I. — **Ueber Hœmatin und Eisenausscheidung bei Chlorose (Elimination de l'hématine et du fer dans la chlorose), par H. von HOESSLIN** (*Münchener med. Woch., p.* 248, *avril* 1890).

II. — **De la thrombose veineuse chez les chlorotiques, par PROBY** (*Thèse de Lyon*, 1889).

III.—**Ein Fall von Bleisucht... (Chlorose avec thromboses veineuses, par HUELS** (*Berl. klin. Woch.*, 14 *octobre* 1889).

I. — V. Hösslin admet comme origine de la chlorose des hémorragies gastro-intestinales répétées. Il a voulu en donner la preuve.

1° De tous les organes, l'estomac, exposé à des traumatismes continuels et formant un riche réseau sanguin superficiel, est le plus disposé aux hémorragies.

2° Il a dosé le fer et l'hématine dans les selles de sujets sains et de chlorotiques en les traitant par l'alcool absolu, un acide minéral et le

chloroforme ou par la lessive alcoolique de soude. Il a fait ainsi plus de 200 examens.

Voici les résultats. Moyenne par gramme de matières fécales sèches

chez 3 sujets sains :	0,38	mg de fer dont	0,026	mg d'hématine ;	
chez 26 chlorotiques	0,47	—	0,028	—	
11 —	1,13	—	0,1675	—	
5 —	2,34	—	1,133	—	

L'augmentation d'hématine est ainsi supérieure à celle du fer. En admettant comme moyenne 40 grammes de matières fécales sèches par jour, on voit qu'il y a augmentation de 1 milligramme de fer par gramme, correspondant à 10 grammes d'hémoglobine c'est-à-dire à 100 grammes de sang normal et 200 grammes de sang chlorotique. Avec une augmentation de 2 milligrammes, on a 400 grammes de sang chlorotique. C'est là un minimum, car il faut tenir compte de l'absorption. Si les résultats sont souvent négatifs, c'est que forcément les hémorragies ne se répètent que rarement, car alors on arriverait vite à l'anémie extrême.

Si la chlorose est une maladie des femmes, cela tient à l'insuffisance de l'alimentation moins riche en fer que celle de l'homme, à la moindre richesse de leur suc gastrique en HCl chargé de dissoudre le fer des aliments et aux hémorragies menstruelles. Le fer est ainsi indiqué chez les chlorotiques comme hémostatique et corps nécessaire à la formation de l'hémoglobine. La coloration verdâtre des téguments est peut-être due à des corps dérivés de l'hématine résorbée dans l'intestin.

D'après des recherches plus récentes, v. Hösslin conclut que, sur 67 cas, il a trouvé 25 fois la preuve d'hémorragies gastro-intestinales. Il a rencontré en moyenne dans ces 25 cas un excès de 1 milligramme 50 de fer par gramme de matières fécales, correspondant à 11 grammes d'hémoglobine si les hémorragies sont quotidiennes et peu abondantes, tout le fer est résorbé et l'examen des matières fécales reste muet.

P. TISSIER.

II.— D'après Proby, la thrombose se présente plus souvent qu'on ne l'a cru jusqu'ici, puisque, dans ce mémoire, il a pu en relater un nombre de cas récents égal à ceux qui ont été publiés avant lui. Il divise ces observations en deux groupes, comprenant les thromboses des sinus cérébraux, et les thromboses des veines des membres, et pour chacun d'eux il en retrace les caractères cliniques.

Le petit nombre d'observations de thromboses des sinus cérébraux et la brièveté de ces documents ne lui permettent pas d'insister longuement sur l'évolution de cette première variété. Mais pour la thrombose des membres, il en est autrement.

Généralement, cette dernière débute à un âge peu avancé et affecte la forme bilatérale, paraissant souvent provoquée par une fatigue musculaire exagérée, ou par une marche forcée. Outre le tableau symptomatique ordinaire de la *phlegmatia alba dolens*, qui débute le plus souvent à gauche, il faut noter une élévation de température précédant l'apparition des accidents de quelques jours.

Le pronostic de cette coagulation veineuse est variable, suivant qu'elle occupe les sinus cérébraux, ou les membres inférieurs. Dans le

1er cas, elle est le plus souvent faible, tandis qu'au contraire elle guérit, s'il s'agit de la thrombose des membres, à moins de complication d'embolie pulmonaire, avec ses conséquences bien connues.

Dans le chapitre qui traite de la pathogénie, Proby rappelle que, d'après les recherches modernes, les lésions de la thrombose consistent dans une altération de la membrane interne du vaisseau et dans une altération du sang; pour lui, ce qu'il faudrait incriminer dans ces cas, ce serait une action toxique de ptomaïnes encore inconnues, de véritables toxines en un mot. OZENNE.

III. — Fille de 18 ans. Jusqu'à l'été de 1888, bien portante et régulièrement menstruée. Dès lors, malaise, pâleur, fatigue rapide, palpitations et oppression; aménorrhée depuis 7 mois. Le 22 octobre, elle prend le lit pour violentes douleurs dans le mollet gauche, où rien n'est visible.

Symptômes d'une chlorose intense : pâleur extrême de la peau et des muqueuses; souffles au cœur qui n'est pas augmenté de volume. Autres organes normaux. 39°,6, pouls 132, régulier.

Le 3e jour, œdème de la jambe gauche, remontant dès le lendemain jusqu'à l'aine. Le 6e jour, douleurs du côte gauche du grand bassin, le 11e le gonflement de la jambe a beaucoup diminué.

Le 12e, tout le membre inférieur droit est tuméfié, douloureux. Douleurs à la partie moyenne du ventre. Dilatation des veines cutanées des membres inférieurs: elles forment des réseaux qui se continuent aux lombes.

Le 13e, tout le membre supérieur gauche est tuméfié et douloureux. Le 15e, dilatation des veines cutanées du membre supérieur gauche. Coliques, hémoptysies et épistaxis pendant quelques jours. Le 20e, le bras gauche est redevenu presque normal; sur les côtés de l'abdomen et du thorax, grosses veines allant se confondre dans le dos avec celles des membres inférieurs.

Le 21e, vive douleur dans la région rénale gauche; urine très rare et épaissie. Réapparition du gonflement aux membres inférieurs qui sont luisants et œdématiés. Œdème de la face et des paupières. Pour la première fois un peu d'albuminurie.

Le 22e, urines plus abondantes, non albumineuses. Appétit passable.

Le 23e, douleur au bas du cou, au niveau du sterno-mastoïdien gauche; le lendemain, gonflement à ce niveau.

Le 25e, le gonflement cervical descend en bas jusqu'à la clavicule et au sternum, tandis qu'il remonte jusqu'à l'apophyse mastoïde. Battements du côté gauche de la tête avec bruissements dans l'oreille correspondante, photophobie.

Le 27e, la nuit dernière, respiration suspirieuse, difficile avec râles et menaces de suffocation ; expultion muco-sanguinolente; coups de marteau dans les oreilles, dans l'occiput et le front. Bourdonnements dans l'oreille droite. Surdité presque complète. Délire fréquent ; mictions très abondantes et souvent involontaires.

Le 29e, diminution du gonflement du côté gauche du cou ; au niveau du tiers inférieur sous le sterno-mastoïdien, on sent une tumeur circonscrite dure, de la grosseur d'un œuf.

Le 30e, les 2 régions sous-maxillaires sont tuméfiées ; la mâchoire inférieure propulsée fait saillie de 1 centimètre et ne peut s'écarter de la supérieure.

Le 52e jour, membres inférieurs très émaciés avec téguments plissés, raboteux, couverts d'épaisses squames et de nombreuses stries transversales, bleuâtres, semblables aux vergettures. Point douloureux dans la lombe gauche, où l'on sent un cordon dur, gros comme une plume d'oie, dirigé

transversalement et douloureux au toucher. Cordons semblables au-dessous des angles maxillaires et au niveau des saphènes. Deux mois plus tard, retour de la menstruation et disparition des signes de chlorose. Il n'y a plus de thromboses appréciables qu'au niveau de la malléole droite et aux côtés du cou, mais les veines cutanées sont toujours volumineuses.

En résumé, à part la jugulaire et la sous-clavière droites, toutes les veines ont été thrombosées. Le thermomètre, sauf au début et lors de la thrombose de la jugulaire, ne s'éleva pas au-dessus de 38°, le pouls oscilla entre 114 et 126, sauf au début et au moment où il y eut thrombose simultanée dans 3 membres, et plus tard thrombose jugulaire. Tout le temps, il y eut sueurs abondantes et constipation. Le traitement a consisté en administration de fer, de sel de Carlsbad et en frictions mercurielles. (*R. S. M.*, XXX, 547 et XXXII, 506.) J. B.

I. — Zur Ætiologie und Pathologie des Scorbuts, par von NOORDEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 13, *p.* 261, 1889).

II. — Ein Fall von Hœmophilie, par G. COHEN (*München. med. Woch.*, *p.* 209, 18 *mars* 1890).

III. — Ueber einen Fall von akuter Leukämie, par A. WESTPHAL (*München. med. Woch.*, *n°* 1, 7 *janvier* 1890).

IV. — Ein Fall von Leukämia acutissima..., par H. SENATOR (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 69, 27 *janvier* 1890).

I. — Un diabétique atteint d'eczéma se soumet à une diète rigoureuse et à une alimentation uniforme. Au bout de trois mois, le sucre disparaît définitivement de l'urine ; plus tard, l'eczéma guérit. Mais le sujet, craignant le retour de la glycosurie, exagère encore les précautions diététiques ; il contracte alors une paraplégie avec dépression intellectuelle, puis le scorbut.

Il suffit, du reste, de faire varier l'alimentation pour obtenir, en deux mois, la guérison. Le scorbut serait donc dû dans ce cas à l'uniformité du régime plutôt qu'à l'absence de telle ou telle substance alimentaire.

L'auteur pense que les paralysies ne sont pas rares dans le scorbut.

L. GALLIARD.

II.—Ce cas d'hémophilie publié par Cohen concerne une femme de 38 ans ; il est intéressant en ce que tous les autres moyens ayant échoué (en traitement depuis 25 ans), l'auteur eut recours avec succès à la suggestion renouvelée tous les jours, celle-ci ne persistant pas. P. TISSIER.

III. — Le nombre des faits de leucémie à marche aiguë est aujourd'hui assez considérable pour que l'on consacre une place à part dans l'histoire de la leucémie à la forme aiguë, rapide (Ebstein).

Dans le cas actuel, qui concerne une jeune fille de 18 ans, qui un an auparavant avait eu un accident grave, avec symptômes cérébraux, mais dont la malade semblait parfaitement guérie. A noter les phénomènes hémorragiques qui ouvrirent la scène et persistèrent jusqu'au bout. Globules rouges N. 816,000 ; globules blancs N. 24,000. La plupart des globules blancs étaient de petites dimensions, pas de cellules eosinophiles. Angine ulcéreuse. Mort au bout d'un mois et demi.

Cette observation montre le danger des ponctions de la rate, dans la leucémie, puisque la ponction, faite avec soin, provoqua une hémorragie notable et hâta le dénouement fatal.

Il s'agissait de la forme mixte, splénique, ganglionnaire et médullaire de la leucémie.

Sans nier l'origine infectieuse de ces formes de leucémie, admise par

Ebstein, Westphal fait remarquer que les cultures du sang et de la pulpe plénique, ainsi que celle de la moelle osseuse prise sur le cadavre, restèrent absolument stériles. P. TISSIER.

IV. — Femme de 49 ans ayant toujours perdu beaucoup de sang au moment de ses époques; ménopause depuis un an et à partir de Pâques faiblesse croissante et fièvre. Etat en juin : émaciation, œdème perimalléolaire. Aucune hypertrophie ganglionnaire. Extrême pâleur de la peau et des muqueuses avec teinte légèrement jaunâtre. Souffle diastolique au niveau de la deuxième côte de chaque côté ; ce souffle ne se prolonge pas dans les carotides. Pulsation visible des artères périphériques.

Sur le dos des mains, on voit battre les veines; les battements cessent quand on exerce une compression vers la périphérie, tandis qu'ils persistent lorsqu'on la pratique en sens opposé. Pouls rétinien.

Pas de tuméfaction de la rate, pas de sensibilité du sternum à la pression. Urine non albumineuse. La malade a des accès de fièvre atteignant 40° et des intervalles de frissons avec température au-dessous de la normale.

Examen du sang le 2 et le 11 juin. Tandis qu'à la première de ces dates, il ne présentait aucune augmentation des globules blancs, dans le deuxième examen on en comptait 1 pour 2 rouges ; c'étaient des leucocytes de la petite espèce. Mort par affaiblissement croissant le 11 juin. Autopsie. Leucémie intense. Endocardite ulcéreuse avec anévrisme valvulaire gros comme un pois sur la valvule postérieure de l'aorte. La rate a 16 centimètres de long sur 10 de large. Les deux reins sont granuleux.

Senator relève les points saillants de cette observation : production suraiguë de la leucocythémie, opérée en neuf jours; les hémorragies utérines profuses et répétées pendant des années qui ont dû exercer une influence étiologique; l'existence d'une néphrite interstitielle demeurée latente; enfin le pouls veineux centripète.

Peu de temps après le malade précédent, Senator a vu un deuxième exemple de pouls veineux, également au dos de la main, chez une fille de 15 ans, atteinte d'endocardite ulcéreuse et d'insuffisance aortique. J. B.

I. — Zur Ætiologie der croupösen Pneumonie, par RIESELL (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *L.*, *p.* 4, *p.* 135, et 320 ; *LI*, *p.* 145 et 441 ; *LII*, *p.* 167 et 324).

II. — Ueber einen Fall von Zoster ophthalmicus bei croupösen Pneumonie, par Emil SCHÆFFER (*München. med. Woch.*, 3 *septembre* 1889).

I. — Étude portant sur 702 cas de pneumonie observés en 7 ans (1880 à 1886) dans un même cercle rural et montagneux du Hanovre.

La pneumonie affecte toujours un caractère épidémique plus ou moins marqué ; les cas sporadiques ne constituent qu'un dixième de l'ensemble. Le nombre annuel des pneumonies varie extrêmement; il oscille entre 8 et 27 sur 1,000 habitants. Quoique toutes les localités du cercle présentent dans le cours des années un chiffre de pneumonies approximativement égal eu égard à leur population, c'est continuellement dans de nouvelles localités que se produit le plus grand nombre des cas de pneumonie. Dans toutes les localités du cercle, les époques où les pneumonies s'accumulent alternent de façon à différer chaque année dans chaque localité. Dès que les cas deviennent un peu nombreux, on note, à côté des formes typiques, des cas ébauchés ou abortifs. La pneumonie est plus commune et plus grave aux extrêmes de la vie, moins fréquente mais beaucoup plus grave chez les femmes que chez les hommes. 33 0/0 des cas de pneumonie s'observent avant l'âge de 10 ans. Sur 100 malades on en

compte 55 du sexe masculin et 45 du sexe féminin. La mortalité moyenne est de 16,1 0/0 ; suivant les années, elle varie entre 13 et 26 0/0.

Sur 100 pneumoniques, on en compte très régulièrement 50 atteints pour la première fois, 32 pour la deuxième fois, 15 pour la troisième et 3 seulement pour la quatrième fois ou pour davantage.

La période d'incubation est tantôt entièrement latente, tantôt elle dure de 1 à 5 jours. C'est en hiver et au printemps qu'on observe le plus grand nombre de pneumonies. J. B.

II. — Dès 1871, Horner a appelé l'attention sur le développement de l'herpès de la cornée dans les affections catarrhales des voies respiratoires, et rapportait 13 cas sur 115 d'herpès de la cornée dans la pneumonie.

Dans le cas de Schäffer, au 5e jour de la pneumonie, chez un homme de 38 ans, se montra une éruption herpétique labiale très abondante; le lendemain, douleurs dans l'œil droit et sous la région temporale. Ce fut le début d'un herpès de la cornée qui s'accompagna de violentes douleurs dans le domaine du nerf sous-orbitaire. Vésicules d'herpès sur le côté droit du nez. Anesthésie totale de la cornée, ulcération, myosis ne cédant pas à l'atropine.

Il se développa consécutivement une hypopyon qui guérit seul. Iritis secondaire, synéchies postérieures. Hyperesthésie, puis anesthésie de la peau du front, névralgie dentaire droite très violente, guérison assez lente.

L'auteur insiste, 1° sur l'anesthésie totale de la cornée : et 2° sur les caractères qui séparent, d'après Schmidt-Rimpler, l'herpès névralgique de l'herpès catarrhal de la cornée (modification de la tension du globe oculaire, extension de l'anesthésie, fréquence des complications, iritis, hypopyon, etc.).

L'auteur discute ensuite la nature du zona : infection (Weigert, Kaposi) (d'après ce dernier auteur, le zona, l'érysipèle et la pneumonie seraient les enfants du même génie épidémique); il cite même le cas où la contagion semble être manifeste : intoxication, soit primitive; exemple : oxyde de carbone (Sattler et Leudet), soit secondaire à une infection.

P. TISSIER.

Broncho-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe, par MOSNY (*Gazette des hôpitaux*, 13 *février* 1890).

Femme de 37 ans soignant un malade atteint d'érysipèle de la face depuis la veille ; frisson, point du côté, pneumonie de la base, aucune trace d'érysipèle sur la surface cutanée ou sur les muqueuses pendant la durée de la lésion pulmonaire ; mort en deux jours. A l'autopsie, foyer très limité de broncho-pneumonie ; l'exsudat renfermait, sans mélange d'aucun autre organisme, un microcoque en chaînettes ayant tous les caractères morphologiques du streptocoque de l'érysipèle ; les cultures donnèrent des *colonies* caractéristiques de ce streptocoque absolument purs. GEORGES THIBIERGE.

Emphysème sous-cutané étendu consécutif à la rupture d'une vomique, par SHELSWELL (*Lancet*, 21 *décembre* 1889).

La production d'emphysème sous-cutané au cours de la tuberculose est une complication d'une extrême rareté. Dans le cas de Shelswell

l'emphysème apparut d'abord sous la clavicule droite sans traumatisme d'aucune sorte et même sans douleur spéciale au moment d'une quinte de toux. Il gagna d'abord tout le côté droit, puis le gauche. En huit jours il fut généralisé. La mort ne survint qu'au bout de 22 jours. A l'autopsie on trouva dans le deuxième espace intercostal une perforation admettant l'extrémité du petit doigt et conduisant par un trajet oblique dans une caverne pulmonaire. Des adhérences unissaient la plèvre pariétale et pulmonaire. Tubercules nombreux. A.-F. PLICQUE.

Studi sperimentali sul valore della ricerca del salolo nella diagnosi delle gastropatie, par A. FERRANNINI (*La Riforma medica*, 26 *et* 27 *novembre* 1889).

La réaction du contenu de l'intestin et surtout du contenu du duodénum varie suivant les espèces animales, suivant l'état de jeûne ou de digestion, suivant l'heure de la digestion et la nature des aliments ingérés; elle est plus souvent acide chez les animaux dont le suc gastrique possède une acidité plus considérable. Cette variabilité de la réaction du contenu de l'intestin donne peu de sécurité à la recherche du salol proposée par Ewald et Sievers pour juger du pouvoir excito-moteur de l'estomac. La méthode de Leube-Riegel (durée du temps que l'estomac met à évacuer un repas d'épreuve déterminé) est préférable aux autres méthodes proposées pour apprécier le pouvoir moteur de l'estomac.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber tropische Leberabesse... (Abcès du foie tropicaux, en relation avec la dysenterie), par KARTULIS (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, *CXVIII*, *Heft* 1).

II. — Lésions du foie consécutives à une entérite gangréneuse, par A. PILLIET (*Bull. Soc. anat. p.* 130, 7 *mars* 1890).

III. — Examen du foie dans deux cas de septicémie utérine, par LE MÊME (*Ibid.*, *p.* 132, 7 *mars* 1890).

IV. — Ein Fall von beginnander... (Atrophie jaune aiguë du foie au début), par O. BUSS (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 977, 11 *novembre* 1889).

V. — Ein Beitrag zur Ætiologie der acuten gelben Leberatrophie, par Hans DOERFLER (*München. medic. Wochensch.*, *n°* 50, *p.* 878, 10 *décembre* 1889).

VI. — Zwei Fälle von Weil'scher Krankeit, par WINDSCHEID (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic.*, *XLV*, *p.* 132).

VII. — Zur Frage ueber die Weils'che Krankeit, par GOLDENHORN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 734, 19 *avril* 1889).

VIII. — Ueber die sogenannte Weils'che Krankeit, par N. WEISS (*Wien. med. Presse*, *n°* 46, *p.* 1805, 1889).

IX. — Zur infectiösen fieberhaften, mit Icterus complicirten Gastro-enteritis, par STIRL (*Deutsche Med. Woch*, *n°* 39, *p.* 798, 1889).

X. — L'ictère infectieux fébrile (maladie de Weil), par J. TYMOWSKI (*Thèse de Paris*, 1889).

I. — Les abcès du foie qu'on observe sous les tropiques siègent d'ordinaire dans le lobe droit; les abcès solitaires se trouvent au centre

même du foie. Au point de vue étiologique, Kartulis les distingue en abcès *idiopathiques* et en abcès *dysentériques*.

Sur 11 cas d'abcès idiopathiques, observés à la suite de malaria, d'alcoolisme, de refroidissement, etc., l'auteur a rencontré, 2 fois, des microorganismes dans le pus, et, 7 fois sur 8 dans les parois limitant la collection purulente. Au point de vue anatomo-pathologique il n'y a aucune différence dans les deux formes d'abcès précédents; il n'en est pas de même pour ce qui concerne la présence au sein de l'abcès même d'animalcules inférieurs.

En effet, pour les abcès dysentériques, Kartulis établit d'abord le fait suivant : dans les ulcérations intestinales, déterminées par la dysenterie, on trouve de nombreuses amibes. Celles-ci ne remplissent pas seulement le fond et les bords de l'ulcère, mais elles pénètrent encore dans toutes les couches de la paroi intestinale. Ce sont surtout les capillaires de la couche sous-muqueuse qui en contiennent en quantité notable, de telle sorte qu'en se déchirant, ils sont le point de départ de nouvelles pertes de substance. De là, les amibes vont plus loin et parviennent dans les origines de la veine-porte et jusque dans le foie. Ajoutons que les amibes incorporent non seulement des microorganismes, mais encore des détritus du tractus digestif. Aussi voit-on des amibes, pleines de microorganismes ou privées de ces derniers, dans les ramifications de la veine-porte au milieu des lobules hépatiques. Malgré la fréquence des microorganismes dans le foie, Kartulis ne pense pas qu'ils donnent naissance aux abcès, puisque les ulcères intestinaux de la tuberculose et de la fièvre typhoïde ne sont presque jamais accompagnés d'abcès hépatiques. Ce sont les amibes qui joueraient le rôle essentiel dans la genèse des abcès hépatiques de la dysenterie. En s'accumulant dans les vaisseaux du foie et en les déchirant, les amibes amèneraient la lésion du tissu hépatique, qui aboutirait à l'abcès. ED. RETTERER.

II. — Pilliet décrit les coupes de l'intestin et du foie d'une femme ayant succombé brusquement avec des accidents d'occlusion intestinale. A l'autopsie on trouva une anse de l'intestin grêle violacée, avec ses vaisseaux thrombosés, sa muqueuse sphacélée, les glandes en tubes et les villosités remplies de microbes. Dans le foie on trouve des îlots spéciaux siégeant au milieu des lobules, composés d'amas de cellules embryonnaires et de cellules hépatiques nécrosées; de plus, la plupart des cellules du foie sont très claires, ont perdu leurs granulations, et les noyaux d'un grand nombre présentent un état vésiculeux semblable à celui qui a été signalé dans le foie des cholériques.

III. — Pilliet montre les préparations du foie de deux malades mortes de septicémie avec ictère. Dans l'un il existe un certain nombre de nodules infectieux composés d'un amas central de globules blancs et de microbes, entourés d'une collerette de cellules en nécrobiose complète. Il existe de plus des infiltrations embryonnaires autour des espaces portes. Dans le second, les nodules semblables existent tant autour des veines qu'au milieu des lobules. Ils sont très nombreux, presque confluents, bourrés de microbes; les cellules hépatiques qui les entourent sont pour la plupart en nécrobiose. Dans la septicémie sans ictère on observe plutôt la dégénérescence graisseuse du foie que les îlots infectieux. En résumé, dans le foie infectieux on peut observer trois choses : l'infiltration embryonnaire des vaisseaux, surtout des espaces portes; les dégénérescences en larges plaques des cellules du foie, et enfin les îlots dégénérés circonscrits, avec ou

sans participation des vaisseaux et des leucocytes. C'est cette dernière lésion qui paraît jouer le plus grand rôle; on la retrouve dans l'éclampsie avec ictère et dans un certain nombre de maladies infectieuses : variole, typhoïde, etc. A. BROCA.

IV. — Fille de 19 ans. Le 13 septembre, elle est prise de lassitude, prostration, inappétence, constipation, douleurs de tête et de ventre. Pouls 108-116. Abdomen un peu météorisé et extrêmement sensible au toucher. Selles aqueuses, nausées et vomissements muco-bilieux. Insomnie. Le 20, ictère. Pas de matière colorante biliaire dans l'urine qui renferme des traces d'albumine, sans cylindres ni autres éléments figurés. 39° le matin, 40°,1 le soir. Léger délire. Foie dépassant les fausses côtes et douloureux à la percussion.

Après deux rémissions éphémères des douleurs et de la sensibilité de la région hépatique, mort le 28 septembre à minuit.

Autopsie : Ictère intense de la peau et des conjonctives. Ascite légère. Foie dépassant de 3 centimètres le rebord costal. Rate hypertrophiée et molle.

Le parenchyme hépatique présente une double coloration : il y a alternance de zones irrégulièrement délimitées, les unes rouge brun foncé, les autres jaune verdâtre intense. Celles-ci sont molles et friables, celles-là rémitentes et compactes. Les portions jaune verdâtre, ramollies, sont disséminées, sous forme d'îlots plus ou moins étendus, au sein du tissu rouge brun. La même différence de teinte se retrouve sur les coupes; partout les zones jaunes sont légèrement proéminentes. Pas de calculs dans la vésicule biliaire.

Dans les parties jaunes ramollies, la configuration des cellules hépatiques est assez bien conservée, mais les cellules sont un peu plus granuleuses que l'état normal et contiennent de nombreuses granulations graisseuses de volumes dont les noyaux sont distincts. Les cellules ont un aspect un peu jaunâtre sans qu'on découvre de particules de matière colorante dans leur protoplasma. Toutes les préparations se font remarquer par l'absence complète de globules rouges.

Les portions dures, de couleur rouge brun ont un aspect absolument normal. Les cellules sont moins granuleuses; elles contiennent des granules de matière colorante, et par-ci par-là des globules graisseux. Partout on distingue d'innombrables globules sanguins rouges bien conservés.

Reins normaux, à part une légère dégénération graisseuse des tubes contournés et des tubes droits. J. B.

V. — Femme de 31 ans, jusque-là bien portante, sauf des douleurs dans la région hépatique; à la suite d'une dothiénenterie de moyenne intensité, ayant évolué normalement, elle fut prise d'accident de coliques hépatiques, qui s'accompagnèrent bientôt de frissons et de fièvre intense, 41°,6 (temp. rectale). Le lendemain, la malade tomba dans la somnolence en même temps qu'apparut une coloration ictérique des téguments de la muqueuse. Langue rouge, sèche, lisse, soif vive. Pouls 180 à peine sensible; ventre souple, non douloureux. Matité du foie diminuée. Anurie. Vomissement noirâtre.

A l'autopsie, typhus abdominal guéri. Oblitération du canal cystique par un calcul. Calculs dans la vésicule biliaire. Atrophie jaune aiguë du foie. Hémorragie de la muqueuse stomacale. Néphrite parenchymateuse aiguë. Grosse rate.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans la coïncidence de la fièvre typhoïde avec la lithiase biliaire. Y a-t-il un rapport causal entre l'atrophie jaune aiguë du foie et la coexistence de ces deux affections? S'il est bien admis que l'atrophie jaune aiguë relève d'une infection, l'agent de cette dernière est encore à peu près inconnu. Les uns admettent qu'il peut se développer à la suite d'un simple ictère catarrhal et de

la lithiase biliaire, tandis que d'autres s'appuyant sur la présence des microorganismes divers dans les conduits biliaires, y voient la cause réelle de la maladie.

La stase biliaire constatée à l'autopsie ne suffit pas pour provoquer l'ictère grave, mais l'auteur admet que dans son cas, elle fournit un excellent milieu de culture aux bacilles typhiques. P. TISSIER.

VI. — 1° Femme de 43 ans : le 8, jaunisse. Frissons, fièvre, coloration ictérique des urines; douleurs dans les membres, épistaxis. T. 39°,1. P. 100. Herpès des lèvres et du nez. Un peu de bronchite. Rate perceptible à la palpation. Masses musculaires très douloureuses. Urine éliminée, ictérique, un peu d'albuminurie. Selles décolorées. Le 3e jour, T. 37°,2; le 4e, 38°,3 le soir, puis, définitivement, au-dessous de 38°. Ictère persistant encore le 27 janvier. Foie un peu sensible à la pression. Le 7 février, il n'y a plus trace d'ictère. Sortie le 6 mars.

2° Jeune homme de 17 ans, apprenti mécanicien. Le 10 octobre, céphalalgie, malaise général, les jours suivants quelques vomissements, diarrhée. T. 38°,5. P. 120. Matité splénique un peu augmentée, rate non perceptible à la palpation. Douleurs dans les masses musculaires, surtout aux membres inférieurs. Pas d'albumine dans l'urine. Ictère très léger le 5e jour. La température tombe dès les premiers jours. Constipation. Selles non décolorées. Le malade sort complètement guéri au bout de 15 jours. A. MATHIEU.

VII. — Après avoir donné l'observation d'un nouveau cas, Wassilieff qui a observé 11 cas de maladie de Weil, en conclut :

1° En diverses contrées de l'Europe, on rencontre le plus souvent à l'état sporadique, une maladie infectieuse aiguë qui débute par des phénomènes nerveux, une tuméfaction hépato-splénique et des troubles fonctionnels des reins et dont les symptômes les plus caractéristiques et les plus constants sont l'ictère, les douleurs musculaires et l'albuminurie ;

2° La maladie se termine favorablement, dans la majorité des cas, du 7e au 11e jour quand le cas est léger; dans les cas plus intenses on observe une élévation secondaire de la température, une rechute fébrile;

3° Au point de vue anatomo-pathologique, cette maladie est caractérisée par l'inflammation parenchymateuse aiguë des organes internes, surtout des reins, et par l'inflammation interstitielle aiguë du foie, des poumons et des reins;

4° Elle offre le plus de ressemblance avec le typhus bilieux de Griesinger, qui est endémique en Egypte (Kartulis, *R. S, M.*, XXIX, 123) et à Smyrne (Diamantopulos, *Ueber den Typhus icterodes von Smyrna*, Wien 1888) et qui est lui-même une affection *sui generis* n'ayant rien de commun avec la fièvre à rechutes bilieuse ou fièvre à rechutes compliquée d'ictérie.

Goldenhorn souscrit à ces conclusions et ajoute :

Les cas sporadiques décrits par Weil et autres ne sont que des formes légères du typhus bilieux (*R. S. M.*, XXIX, 163; XXX, 532 et 533; XXXI, 557; XXXII, 526 et 527; XXXIV, 145). J. B.

VIII. — Weiss propose de remplacer le nom de maladie de Weil par celui de *typhus bilieux nostras*. Les symptômes constants sont la fièvre, les manifestations cérébrales et les douleurs aux mollets, les troubles gastro-intestinaux, l'ictère avec gonflement du foie, la tuméfaction de la rate, l'albuminurie. Les signes inconstants sont la roséole,

l'érythème, le purpura, les pétéchies, l'herpès labial, l'épistaxis, la bronchite.

La maladie est fréquente surtout en été; on a observé à Prague deux épidémies pendant les mois d'été en 1887 et 1888; mais il y a des cas sporadiques en toutes saisons. Les sujets sont des hommes de 20 à 35 ans. Les épidémies de cette affection coïncident avec les épidémies de fièvre typhoïde. L. GALLIARD.

IX. — Stirl publie, sous le titre de maladie de Weil, un cas où l'étiologie est spécialement intéressante :

Un ouvrier tombe dans un égout et avale une grande quantité de matières de vidanges. Retiré de l'égout, il vomit abondamment, mais éprouve encore du frisson; les jours suivants il a des vomissements et de la diarrhée. Entré à l'hôpital, il a le premier soir 39°,3, le second soir 40°,1; puis la fièvre décroît en lysis et le 6e jour la température est normale.

Ventre ballonné, foie tuméfié, sensible; rate tuméfiée; ictère; l'urine devient rapidement albumineuse et contient des cylindres et des globules du sang; péricardite, céphalalgie, vertige, prostration et même délire; un jour, collapsus menaçant. A la fin, parésie des extrémités supérieures, des muscles de l'œil gauche et du facial à gauche. Crampes douloureuses des mollets.

Un autre ouvrier, victime du même accident, a succombé après avoir présenté les mêmes symptômes. L. GALLIARD.

X. — Cette thèse est une étude d'ensemble dans laquelle l'auteur rapproche et commente les documents relatifs à la forme de l'ictère infectieux que l'on dénomme en Allemagne maladie de Weil. Il a eu l'excellente idée d'établir un tableau synoptique des diverses observations publiées. On trouvera donc dans ce travail les documents relatifs à cette question. Nous ferons remarquer que Tymowski, de même du reste que la plupart des auteurs qui l'ont précédé, étend la compréhension du type d'ictère sur lequel Weil a attiré l'attention. Il ne s'agit plus seulement de l'ictère fébrile, d'aspect typhoïde, *à rechute*, mais de poussées uniques, parfois de courte durée. A. MATHIEU.

I. — **Zur Lehre von der Lebercirrhose, par LITTEN** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 11, 3 *février* 1890).

II. — **Ueber den Stickstoffumsatz... (Des échanges azotés dans la cirrhose du foie), par FAWITZKY** (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *XLV*, *p.* 429).

III. — **De la curabilité de l'hépatite interstitielle, par G. CARUSO-PECORARO** (*Sicilia medica*, *n°* 9, *p.* 713, 1889).

IV. — **La cirrosi epatica si trova molto raramente nei pazzi (Rareté de la cirrhose chez les aliénés), par Pietro GRILLI** (*Lo sperimentale*, *mai* 1889).

V. — **Exsudat spécial provenant du foie, par LEYDEN** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 986, 11 *novembre* 1889).

VI. — **Deux cas de cholécystite typhoïde, par H. LAFON** (*Montpellier médical*, *p.* 245, *septembre* 1889).

I. — Les hématémèses sont un symptôme peu étudié de la cirrhose hépatique, quoiqu'elles puissent entraîner la mort. Pour étudier leur mécanisme de production, Litten a pratiqué sur les animaux vivants des injections et des ligatures vasculaires qui l'ont amené à conclure contre Chrzonsczewski que l'artère hépatique n'alimente aucune partie

des acini dont tous les capillaires proviennent de la veine-porte; aussi est-ce le réseau de la veine-porte, spécialement les veines interlobulaires qui sont surtout lésés dans la cirrhose hépatique.

Litten a recherché combien de temps le foie peut se passer de sang artériel. Dans ce but, il a lié isolément chacun des rameaux de l'artère hépatique et constaté que la survie des animaux ne dépasse pas 3 jours, car il survient de la mortification des lobules correspondants. Cette mortification s'explique puisque c'est l'artère hépatique qui fournit les vasa vasorum de la veine-porte et des veines hépatiques. Le foie peut donc se passer du sang de la veine-porte plutôt que de celui de l'artère hépatique, car le premier peut, dans une certaine mesure, être remplacé par le second, qui ne peut être remplacé lui-même que par du sang artériel. Aussi la thrombose aseptique de la veine-porte ou de ses branches ne donne-t-elle lieu à aucune mortification, pas même à des infarctus hémorragiques.

Dans 5 cas de cirrhose hépatique où la mort avait été causée par les vomissements de sang, Litten a constaté que la source des hémorragies se trouvait dans d'énormes varices rompues de la partie inférieure de l'œsophage. Sur tout son parcours, l'œsophage est richement pourvu de veines dont les supérieures vont, par l'intermédiaire de la veine thyroïdienne, se jeter dans la veine cave supérieure, tandis que les inférieures forment au-dessus du cardia un gros plexus, ne communiquant que pour une très faible part avec la veine-porte et se déversant principalement dans la veine azygos. Lorsque, comme dans la cirrhose hépatique, la veine-porte est devenue imperméable, son sang passe en grande partie dans la veine azygos qui le conduit directement dans la veine cave supérieure. C'est particulièrement le cas pour le sang des veines coronaire gastrique et gastro-duodénale. Il en résulte que la veine azygos déjà surchargée ne peut recevoir la totalité du sang du plexus œsophagien, d'où la formation des varices dont la rupture simule une gastrorragie.

Litten a également rencontré une fois la coïncidence d'un ulcère rond de l'estomac avec une cirrhose hépatique. J. B.

II. — Fawitzky a dosé l'azote éliminé par les matières fécales, l'azote, l'urée, l'acide urique éliminés par les urines chez des malades atteints de cirrhose hépatique. D'une façon générale l'assimilation de l'azote chez une malade, prise comme type, était satisfaisante; elle atteignait 84 à 94 0/0 de l'azote de l'alimentation. La quantité d'urée variait de 45 à 14-15 grammes (chez plusieurs malades). En moyenne de 25 à 30 grammes. L'état général de nutrition des malades avait plus d'influence que l'état du foie. L'acide urique oscillait de 2 grammes au maximum à 0gr,5. L'azote des substances extractives était en moyenne de 1gr,3, 1gr,5, rarement 3 grammes, chiffre très voisin de la normale.

Chez 4 malades, Fawitzky a dosé l'ammoniaque et l'acidité des urines.

1° Cirrhose hépatique, 29 examens : 1,115 centimètres cubes d'urine en moyenne, 25 grammes d'urée, 1gr,5 d'ammoniaque; acidité, 3gr,4 (évaluée en acide oxalique);

2° Cirrhose hépatique (phase terminale) : 606 centimètres cubes d'urine en moyenne (observation prolongée pendant 40 jours), 0gr,87 d'ammoniaque, 20gr,3 d'urée; acidité de l'urine, 3gr,8;

3° Cirrhose hépatique (au début) : 1,150 centimètres cubes d'urine en moyenne, 1gr,1 d'ammoniaque, 19gr,1 d'urée; acidité, 3gr,8;

4° Cirrhose hépatique (au début) : 1,376 centimètres cubes d'urine en moyenne, 1gr,1 d'ammoniaque, 20 grammes d'urée; acidité, 2gr,3.

L'acidité de l'urine est donc légèrement augmentée. La quantité d'ammoniaque est, elle aussi, augmentée. On ne peut cependant pas dire que cette élévation compense la diminution de l'urée. A. MATHIEU.

III. — L'auteur rappelle que la question de la curabilité de la cirrhose n'est pas encore définitivement tranchée et résume les différentes discussions dont cette question a été l'objet, en France et à l'étranger. Il rapporte 3 nouveaux cas de guérison et insiste sur l'augmentation dans l'élimination de l'urée qui se produit pendant la cure lactée, cette augmentation prouvant que les cellules du foie ne sont pas détruites et permettant d'espérer la guérison, G. LYON.

IV. — Bien que la cirrhose du foie soit assez fréquente dans la population ambiante (13 cas par an, pour une moyenne de 7 années à l'hôpital de Santa Maria Nuova), le Dr Grilli n'en a observé que 6 cas en 30 ans à l'asile des aliénés. Ce fait est d'autant plus surprenant que l'on doit faire une large part à l'alcool dans la clientèle de l'asile. Il se confirme néanmoins par les statistiques empruntées à d'autres médecins aliénistes.

D'autre part, l'auteur a remarqué dans les observations de cirrhose publiées de différents côtés, qu'il n'est presque jamais question de troubles psychiques sérieux.

Il semblerait que l'alcool porte son action tantôt sur le cerveau, tantôt sur le foie, sans attaquer simultanément ces deux organes dans la plupart des cas. A. SIREDEY.

V. — Une femme d'une trentaine d'années, très débilitée, ressent des douleurs du côté droit. Le foie est profondément abaissé et son bord antérieur un peu douloureux. Au côté droit du thorax, matité remontant jusqu'à la cinquième côte. Une ponction exploratrice montre que la cavité pleurale ne renferme pas de liquide; en revanche, il en sortit par la canule lorsqu'on eut surmonté un obstacle (diaphragme?). L'examen microscopique de ce liquide révéla des cellules rondes analogues à des leucocytes, des amas de granulations graisseuses, des cristaux de bilirubine ou d'hématoïdine et des blocs de pigment jaune rougeâtre.

Pas d'ictère, la ponction aspiratrice pratiquée 48 heures plus tard fournit un liquide présentant les mêmes caractères, ce qui confirmait son origine hépatique.

Leyden pense qu'il s'agit d'un épanchement collecté au-dessous de la capsule du foie et provenant de la dilatation d'un canalicule biliaire de date ancienne, puisqu'on y trouve des cristaux.

Déjà en 1885, Leyden a vu un fait analogue avec expectoration jaune ocré contenant des cristaux de bilirubine et des débris de membranes hydatiques. La malade guérit.

Dans le fait actuel, Leyden n'a pas trouvé de lambeaux membraneux, mais au niveau du bord inférieur du foie, on sent une induration formée par la vésicule biliaire pleine de calculs; ç'a été là l'origine de la dilatation du conduit biliaire qui a acquis des proportions que Leyden n'avait jamais vues. Cette femme n'a pourtant pas eu de coliques hépatiques. L'exsudat n'est pas purulent et ne renferme pas de microcoques.

Quelque temps après la ponction, la fièvre et les douleurs ont reparu, de sorte qu'une nouvelle intervention sera nécessaire. J. B.

VI. — Observation 1. — Soldat de 21 ans, fièvre typhoïde intense mais régulière, traitée par les bains froids. A la fin du 2e septénaire, apparition de vomissements répétés muqueux et bilieux, lenteur du pouls, puis ictère foncé. Augmentation de volume de la vésicule biliaire, urines albumineuses. Etat grave pendant 8 jours avec tendance aux eschares; puis disparition progressive des symptômes hépatiques. Guérison.

Observation 2. — Jeune soldat, fièvre typhoïde adynamique, traitée par les bains froids. A la fin de la semaine, complication de bronchopneumonie, de délire et d'ataxie, oscillation inégale de la température. Pendant la 4e semaine, vomissements bilieux répétés trois jours de suite avec des selles bilieuses fétides. Puis, brusquement, symptômes de péritonite suraiguë et mort. A l'autopsie, perforation de la vésicule biliaire, qui présente 3 eschares gangréneuses. H. R.

Sur les formes de la tuberculose hépatique, par HANOT et GILBERT (*Archives gén. de médecine, novembre* 1889).

Hanot et Gilbert divisent les formes de la tuberculose du foie en trois groupes, suivant que les manifestations tuberculeuses ont une marche aiguë, subaiguë ou chronique. Ils laissent de côté dans ce travail, envisagé surtout au point de vue de la clinique, les formes latentes.

La forme aiguë a trait à l'hépatite tuberculeuse graisseuse hypertrophique (cirrhose hypertrophique graisseuse).

Les formes subaiguës comprennent deux variétés : 1° L'hépatite tuberculeuse graisseuse atrophique ou sous-hypertrophie; 2° l'hépatite tuberculeuse parenchymateuse nodulaire.

Les formes chroniques, également au nombre de deux, sont la cirrhose tuberculeuse et la dégénérescence graisseuse. RICHARDIÈRE.

Contribution à l'étude du foie dans la fièvre typhoïde, par T. LEGRY (*Thèse de Paris, n°* 165, 27 *mars* 1890).

Le foie, dans la fièvre typhoïde, n'est pas augmenté de volume à moins de circonstances exceptionnelles, telles que l'alcoolisme, l'état puerpéral, l'impaludisme, une très longue durée de la maladie. Sa coloration pâle et grisâtre fait croire le plus souvent, à tort, à une dégénérescence graisseuse très marquée. La bile est généralement pâle, décolorée, peu abondante, d'une densité faible.

A l'examen microscopique, on trouve une dégénérence granulo-graisseuse très légère au début de la maladie, intense seulement dans les cas de mort tardive ou avec complication et presque toujours moins accentuée que ne l'indiquait l'aspect macroscopique du foie. Cette lésion est tantôt périportale et périlobulaire, plus rarement péri-sus-hépatique ou à la fois périphérique et centrale; elle est caractérisée par la présence de fines granulations qui peuvent devenir confluentes pour former des gouttelettes plus volumineuses, mais constituent rarement de grosses gouttes huileuses comme dans la tuberculose. Les capillaires sont dilatés et pleins de sang au début de la maladie, mais ne tardent pas à s'effacer. Les cellules peuvent présenter de la tuméfaction trouble ou plus rarement un aspect hyalin et transparent; elles contiennent toujours plusieurs noyaux, souvent un très grand nombre. On trouve, le plus sou-

vent le long des canaux portes, des nodules constitués par des noyaux généralement abondants, englobés dans un protoplasma provenant de la désagrégation des cellules hépatiques; ces nodules sont dus à des embolies microbiennes. Les espaces portes présentent souvent par places un léger degré d'infiltration embryonnaire.

Sur 11 cas, Legry a constaté la présence du bacille d'Eberth sur des coupes du parenchyme hépatique; dans un même nombre de cas, il a obtenu avec le tissu du foie des cultures positives, mais ces faits ne correspondent pas tous à ceux dans lesquels les coupes contenaient le bacille.

D'expériences qu'il a entreprises dans ce sens, Legry conclut que le foie peut probablement arrêter et détruire les microbes qui sont amenés par la veine porte, qu'il arrête la moitié environ des substances toxiques contenues dans des extraits alcooliques faits avec des matières fécales typhiques, et qu'enfin il semble diminuer aussi la toxicité des produits solubles sécrétés par le bacille d'Eberth.

Il n'y a pas, dans la fièvre typhoïde à forme régulière, de signes physiques directement constatables au niveau du foie, qui permettent d'apprécier l'état anatomique de l'organe et son degré de fonctionnement.

C'est par des symptômes d'ordre indirect, et surtout par la recherche d'urobiline dans l'urine qu'on pourra acquérir à ce sujet des renseignements d'une valeur réelle. G. THIBIERGE.

Primary cancer of the gall-bladder and bile-ducts (Cancer primitif de la vésicule et des canaux biliaires), par J. MUSSER (*Boston med. Journ.*, n°s 22, 23, 24, 1889).

Après avoir donné détaillées deux observations de cancer primitif de la vésicule et des canaux biliaires, Musser termine son étude par les conclusions suivantes :

Le cancer primitif de la *vésicule* est plus fréquent qu'on ne l'a admis : il s'observe 3 fois plus souvent chez la femme que chez l'homme ; la plupart des cas se montrent avant 60 ans. L'organe n'est point augmenté de volume, à moins de dilatation. La tumeur englobe les organes voisins par continuité ; d'après 100 cas qui forment la base de ce travail, on trouve 64 cas dans lesquels la nature de la tumeur est indiquée : 23 encéphaloïdes, 19 squirrhes, 6 colloïdes, 4 tumeurs villeuses et 12 épithéliomes cylindriques.

Les adhérences aux organes adjacents, l'ulcération, la perforation, sont rares. La douleur, l'ictère, l'émaciation, la cachexie et une tumeur s'observent le plus souvent; les indigestions, vomissements, constipation ou diarrhée, ascite, s'observent très fréquemment. La douleur, notée dans 62 0/0 des cas, mal définie au début, est bientôt localisée à l'hypochondre droit ; c'est une douleur lancinante. L'ictère est noté dans 69 0/0 des cas. La tumeur s'observe dans 68 0/0 des cas ; elle est située dans la région de la vésicule ou à droite de l'ombilic ; elle est dure et sensible. Les complications sont dues à l'occlusion des conduits et aux effets secondaires sur le foie et la vésicule, la perforation de la vésicule, les métastases dans les autres organes. La durée moyenne est de 6 à 7 mois : la mort survient par épuisement, péritonite, métastase ou obstruction biliaire.

Le cancer du *canal hépatique* est plus rare (18 cas) ; il frappe égale-

ment les deux sexes ; et lorsque les canaux sont le siège de la maladie, les calculs sont peu fréquents. On n'observe ni augmentation de volume de la vésicule (sauf dilatation), ni métastase, ni adhérences, ulcération ou perforation. L'ictère est presque constant et hâte la terminaison fatale. On ne peut que dans un petit nombre de cas percevoir une tumeur, et elle est toujours plus petite que lorsque la vésicule est atteinte.

MAUBRAC.

I. — Nephritis im Gefolge des Unterleibstyphus (Néphrite consécutive à la fièvre typhoïde), par KOMPE (*München. med. Woch.*, *p.* 201, 8 *mars* 1890).

II. — Ueber psychische Erkrankungen bei chronischen Nephritis (Affections psychiques au cours de la néphrite chronique), par Rudolf von HÖSSLIN. (*Ibidem*, 1889).

III. — Sur la fausse imperméabilité de certains reins brightiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse, par J. RENAUT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 21 *janvier* 1890).

IV. — Ueber cyclische Albuminurien, par KLEMPERER (*Berliner kl. Woch.*, *p.* 864, 30 *septembre* 1889).

V. — L'albuminurie cyclique, discussion Soc. des méd. de la Charité de Berlin (*Ibidem*, *p.* 865).

VI. — Anatomie pathologique et pathogénie des périnéphrites de cause rénale, par ALBARRAN (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 29 *juin* 1889).

I. — Sur 19 cas de fièvre typhoïde, Kompe a observé 4 fois des signes de néphrite aiguë grave dont un mortel (avec épanchements pleuraux, péricardique et péritonéal). Cette gravité de la néphrite ressort clairement de la statistique de Dopfer (*Münch. med. Woch.* n° 37, 1888) qui sur 927 cas de fièvre typhoïde terminés par la mort, note 60 fois, c'est-à-dire 6,6 0/0 une néphrite aiguë, cause ou facteur principal de la terminaison fatale.

P. TISSIER.

II. — L'albuminurie peut apparaître au cours des maladies chroniques de l'encéphale. Réciproquement on observe quelquefois des troubles psychiques au cours des néphrites chroniques (Köppen). Mais ni dans les faits de Köppen ni dans ceux de Hogen, les rapports entre la lésion rénale et les troubles psychiques ne sont bien établis.

Il faut évidemment ici laisser de côté les troubles psychiques de la période cachectique des néphrites. Les accidents psychiques peuvent être un des modes de l'urémie. F. Hösslin rapporte, à ce sujet, une observation de néphrite chronique s'étant accompagnée de troubles psychiques qui apparaissaient et disparaissaient rapidement, et consistaient surtout dans une grande faiblesse intellectuelle avec idées de grandeur.

P. TISSIER.

III. — Après avoir rappelé que, dans la majorité des reins altérés par les néphrites chroniques interstitielles à marche lente, le nombre des systèmes glomérulaires lésés ou détruits reste insignifiant par rapport à ceux qui ont conservé leur pleine intégrité, ce qui prouve que la dépuration du sang peut encore facilement avoir lieu, Renaut donne la description d'une lésion importante, qu'il appelle œdème anémique.

Par suite de la disposition du tissu conjonctif périlobulaire, lorsqu'il

se produit dans le rein un coup d'œdème congestif subit et intense, le liquide exsudé s'accumule au centre, le long des rayons médullaires, et à la périphérie autour des artérioles afférentes et des glomérules. Il acquiert rapidement une pression suffisante pour aplatir et oblitérer les vaisseaux sanguins par contre-pression, et, si le processus est généralisé dans toute l'écorce du rein, ce dernier est annulé, et l'urémie se produit.

Cet œdème brusque doit être rapporté à une action neuro-paralytique, partie du cerveau et du bulbe excités par l'œdème aigu, dont ils étaient devenus eux-mêmes le siège.

Étant donné que la circulation veineuse rénale communique avec celle de l'atmosphère adipeuse (voie de dérivation sous-capsulaire) et, par l'intermédiaire de celle-ci, avec les réseaux sanguins sous-cutanés et cutanés du triangle de J.-L. Petit, il est possible de lutter contre la congestion du rein. Pour y arriver, pour combattre, en un mot, l'attaque d'urémie comateuse, il faut avoir recours aux saignées locales réitérées et ayant pour agents les sangsues ; aux lavements d'eau réitérés, concurremment avec l'ingestion de lait par la bouche, et aux inhalations fréquentes et presque continues même de gaz oxygène. C'est ainsi que l'auteur a traité avec succès la majeure partie des cas d'urémie comateuse qu'il a rencontrés depuis trois ans. OZENNE.

IV. — Ouvrier âgé de 22 ans, atteint d'albuminurie cyclique découverte par hasard; le repos absolu la faisait toujours cesser, les mouvements au lit ne la faisaient pas reparaître, tandis que dès que le malade se levait, elle se reproduisait par des cylindres dans l'urine, qui contenait peu de globuline, point d'indol ; l'excrétion d'acide oxalique et celle d'urée étaient normales. Pas de récidives après la guérison. Klemperer est d'avis qu'il s'agit bien là d'une albuminurie cyclique de Pavy (R. S. M. XXVIII, 158 et XXXII, 531), qui doit être rangée parmi les albuminuries physiologiques inoffensives et ne peut être confondue avec l'albuminurie intermittente vraie.

V. — Von Noorden fait remarquer que toutes les observations d'albuminurie cyclique mentionnent la présence dans l'urine de nombreux cristaux d'oxalate de chaux, ce qui n'autorise pas toutefois, sans dosages, à conclure à une augmentation de l'acide oxalique éliminé. Lui-même a noté aussi dans tous les cas qu'il a observés un sédiment abondant de cristaux d'oxalate calcaire et, la seule fois qu'il ait pratiqué une analyse quantitative, il a constaté une augmentation considérable d'acide oxalique. Contrairement à Klemperer, il a également trouvé une augmentation de l'urée et de l'acide phosphorique ; l'augmentation d'urée prouve bien qu'il ne s'agit pas d'une lésion rénale, mais bien d'un trouble nutritif, démontré encore par le fait que c'est surtout de la globuline qu'on constate à l'inverse encore du fait de Klemperer.

Senator a vérifié la fréquence de l'albuminurie transitoire, dite à tort cyclique, dès qu'on ne se borne pas à examiner l'urine de la nuit. Pour lui, l'épithète de cyclique est défectueuse, car il ne s'agit pas là d'un phénomène analogue, par exemple à la menstruation ou aux oscillations diurnes de la température animale, et on peut en modifier à volonté l'époque d'apparition, sinon, il faudrait comprendre parmi les albuminuries cycliques l'observation de Falkenheim concernant un malade qui n'était albuminurique que dans le décubitus latéral droit, parce qu'alors son rein était comprimé par une tumeur de la rate. De plus, on n'a pas

affaire toujours à des individus sains ; un certain nombre de néphrites atrophiques offrent le même phénomène Les enfants convalescents d'une néphrite scarlatineuse sont repris d'albuminurie dès qu'ils se lèvent et n'en ont pas au lit.

Senator ajoute que c'est surtout dans la clientèle privée qu'on observe ces albuminuries transitoires dites cycliques. (*R. S. M.*, XII, 532 ; XVI, 31 ; XVII, 533 ; XX, 564 ; XXII, 33 ; XXIV, 472 et 473 ; XXVI, 579 ; XXVIII, 138 ; XXIX, 551 à 553 et 555 ; XXX, 538 ; XXXII, 532 ; XXXIII, 127 et XXIV, 150.) J. B.

VI. — Albarran distingue trois formes anatomiques de la périnéphrite :

1° La capsule propre est épaissie et confondue avec les portions les plus profondes de l'enveloppe graisseuse sous-péritonéale ; du tissu conjonctif adulte s'entremêle à la graisse. Cette périnéphrite accompagne habituellement les pyélonéphrites. — 2° La graisse périrénale augmente dans des proportions énormes : il se constitue ainsi un véritable lipome très remarquable dans certaines pyélonéphrites calculeuses. Cette périnéphrite graisseuse est un des caractères de la tuberculose caverneuse du rein. — 3° Cette troisième forme est caractérisée par la présence du pus, celui-ci pouvant se trouver entre la capsule propre et le rein ou, plus superficiellement, entre les lamelles cellulo-graisseuses du tissu périnéal : la dernière situation est beaucoup plus commune (abcès périnéphrétiques sous-capsulaire et extra-capsulaire).

L'abcès périnéphrétique ne suit pas les mouvements respiratoires alors que la poche de la pyélonéphrose se déplace très nettement.

Les microbes pyogènes passent à travers les parois du bassinet : ils vont directement de la substance du rein à la capsule propre épaissie.

PAUL LOYE.

Die acute gutartige Milzschwellung... (La tuméfaction aiguë, bénigne de la rate), par FICHTNER (*D. Arch. f. klin. Med., Band LXIV, p.* 334).

Sous ce titre, Fichtner décrit des maladies légères, habituellement rangées sous les titres vagues de courbature fébrile, de fièvre éphémère, d'embarras gastrique. Il y a constaté de l'augmentation du volume de la rate. Le début est brusque, il y a de la céphalalgie, de l'étourdissement, de l'inappétence, une fièvre légère 38, à 39°. Du 2° au 4° jour on trouve la rate tuméfiée, constatable par la palpation ; le ventre est légèrement douloureux, parfois il y a un peu de bronchite. La maladie guérit en quelques jours. S'agit-il là d'un typhus abortif, ou d'une infection spéciale ? A. M.

Cas de diabète insipide avec destruction partielle du noyau lenticulaire et de la capsule interne, par EDGREN (*Nordiskt med. Arkiv, XXI, n°* 13).

Jeune homme de 25 ans, entré à l'hôpital en 1884 pour une paralysie faciale du côté droit affectant les deux branches faciales inférieures ; langue déviée à droite. Pas de syphilis, pas de maladie nerveuse. Urines normales, mais la quantité monte à 3 et 4 litres par jour. Soif intense, céphalée, nausées, vomissements. Amélioration par l'iodure de potassium. Il rentre un an plus tard à l'hôpital ; la quantité d'urine émise est de 5 à 6 litres, toujours normale ; mêmes symptômes cérébraux avec paralysie faciale. Nouvelle amé-

lioration des symptômes par l'iodure ; aucune modification de la soif et de la polyurie. En 1884, il revient avec une tuberculose pulmonaire, 6 à 11 litres d'urine par 24 heures. De tous les médicaments essayés, le plus efficace fut l'antipyrine qui, à la dose de 3 à 5 grammes par 24 heures, supprimait la soif et diminuait l'urine, mais toujours passagèrement. Mort en août 1889.

A l'autopsie, tuberculose pulmonaire, hépatite et périhépatite syphilitiques, destruction de la partie inférieure du noyau lenticulaire et de la partie antérieure de la capsule interne, lésion probablement aussi de nature syphilitique. A. C.

I. — Les diabètes glycosuriques, par LANCEREAUX (*Union médicale*, 28 *janvier* 1890).

II. — Diabète maigre et aigu. Lithiase du pancréas, par G. BOUISSON (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 1, 3 *janvier* 1890).

III. — Klinisches und Experimentelles über Coma diabeticum, par STADELMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, *p.* 938, 1889).

I. — Lancereaux reconnaît trois types distincts : le diabète nerveux, si bien étudié par Cl. Bernard; le diabète maigre, qu'il rattache à une lésion du pancréas, avec début brusque, symptômes très accentués, amaigrissement rapide, mort en deux ou trois ans; le diabète gras, ou arthritique, héréditaire, lié en général à l'obésité, permettant vingt, quarante ans d'existence; amélioré par le régime azoté, l'exercice, l'hydrothérapie. H. L.

II. — Observation d'un tuberculeux de 36 ans, chez qui le début des accidents connus ne datait que de six semaines lors de l'entrée à l'hôpital. L'évolution a continué à être aiguë, et le malade est mort après vingt jours de séjour, ayant perdu 40 livres de son poids. On trouva une dégénérescence du pancréas et un calcul. Bouisson ajoute ce fait aux observations de diabète pancréatique déjà publiées, par Lancereaux en particulier. A. BROCA.

III. — Stadelmann a trouvé dans l'urine de certains diabétiques de l'acide crotonique. Minkowski et Külez ont pensé que cet acide résultait de la décomposition de l'acide oxybutyrique, lequel peut fournir également de l'acide acétique. C'est sur ces données que repose l'hypothèse de l'intoxication par les acides dans le coma diabétique, d'où le traitement par les injections intraveineuses alcalines.

Sur 11 malades traités de cette façon par divers médecins, un seul, celui de Minkowski, a été sauvé. Mais tous les observateurs sont d'accord sur l'amélioration passagère qu'ont déterminée les injections.

La solution qui semble le mieux appropriée aux injections intraveineuses se compose de 4 litres d'eau distillée, avec 186 grammes de bicarbonate de soude et 286 grammes de carbonate de soude. Chez l'homme on peut injecter un litre ou un litre et demi.

Les animaux qui succombent sous l'influence des injections intraveineuses présentent d'abord une diminution considérable de la pression sanguine; ils meurent par paralysie cardiaque.

L'auteur prescrit aux diabétiques des doses massives de tartrate de soude. Une femme atteinte de diabète grave, avec de grandes quantités d'acide oxybutyrique et 6 grammes d'ammoniaque dans l'urine, a pris pendant des mois jusqu'à 45 grammes de tartrate de soude par jour sans perdre de son poids ni voir son appétit diminuer. Elle éprouva à plusieurs reprises la dyspnée, l'angoisse que l'auteur considère comme les

prodromes du coma; ces accidents furent conjurés par le traitement. La malade, étant partie en voyage et ayant interrompu la cure, n'a pas tardé à succomber dans le coma.

Voici les conclusions que formule l'auteur :

Le coma diabétique vrai ne survient que chez les diabétiques qui ont de l'acide oxybutyrique dans l'urine ; les diabétiques qui éliminent plus de 1gr, 1 d'ammoniaque par jour courent de grands dangers ; ceux qui éliminent de 2 à 6 grammes d'ammoniaque sont menacés de coma.

Quand on voit réussir la réaction du perchlorure de fer, on peut affirmer qu'il y a de l'acide oxybutyrique; mais l'inverse n'est pas toujours vraie : l'acide peut exister et même le coma survenir sans que la réaction du perchlorure de fer se produise. Quand on craint le coma diabétique, il faut prescrire la diète carnée rigoureuse et les alcalins à haute dose. Que si le coma s'est déclaré, il faut pratiquer les injections intraveineuses de bicarbonate de soude jusqu'à ce que l'urine devienne alcaline; on s'arrêtera si l'on voit survenir des accidents tels que l'irrégularité du pouls, le ralentissement du pouls, les crampes, l'arrêt de la respiration. Les injections sous-cutanées de bicarbonate de soude sont à rejeter, car elles sont douloureuses et peuvent déterminer des phlegmons.

L. GALLIARD.

Darmperforation bei Typhus (Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, trois cas de guérison), par REUNERT (*Deustche med. Woch.*, *n*° 52, *p.* 1060, 1889).

Voici trois cas de perforation intestinale guérie dans la fièvre typhoïde.

1° Femme de 48 ans atteinte de fièvre typhoïde d'intensité moyenne. Après une semaine d'apyrexie, le 9 mars, elle se plaint subitement de douleurs violentes à la fosse iliaque droite. Tympanisme, collapsus, dyspnée, anxiété. T. 35° 8.

Le 10, mêmes signes de péritonite ; on trouve une tumeur dans la région iléo-cæcale ; constipation. T. 37°, 2; opium, glace.

Le 11, aggravation, pouls filiforme; même état les jours suivants. La température atteint 38°, 8. P. 120.

Le 16, amélioration; ventre moins tendu, faiblesse extrême.

Le 19, la tumeur se laisse facilement circonscrire ; elle occupe la région iléo-cæcale, elle est ovalaire.

A partir de ce moment, progrès continus. La patiente sort guérie le 14 mai.

2° Fille de 22 ans, admise à l'hôpital le 6 mars pour une fièvre typhoïde de gravité moyenne. Le 21 mars, douleur violente et soudaine dans la fosse iliaque droite. La température a baissé de 38° à 36°, 5 ; collapsus, cyanose, anxiété, accélération de la respiration, tympanisme, glace, opium.

Le 22, hoquet, pas de vomissements. T. 38° 8. P. 128.

Le 25, même état. Pouls variant de 112 à 144 ; pas de vomissements. T. 38°, 5, ventre moins ballonné.

Jusqu'au 31 mars, fièvre, ventre tendu, constipation. Le 1er avril on donne un lavement qui amène une évacuation copieuse.

La convalescence est entravée par une cystite avec fièvre, de sorte que la malade ne quitte l'hôpital que le 21 juin.

3° Fille de 25 ans, admise le 25 avril pour une fièvre typhoïde avec néphrite. Apyrexie à partir du 8 mai. Le 11 mai, signes de perforation. T. 35° 4, anxiété, dyspnée, tympanisme, etc.

Les jours suivants, fièvre, pouls petit, ventre douloureux, pas de vomissements, hoquet.

Le 16 mai, matité indiquant la présence d'un épanchement liquide. Disparition de la fièvre et des douleurs le 25 mai.

Une double phlébite datant du 13 mai guérit sans difficulté. La malade se lève le 17 juin et quitte l'hôpital le 6 juillet. L. GALLIARD.

I. — De quelques formes de délire partiel, au début et pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, par BARIÉ (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *février* 1890).

II. — A propos du délire dans la fièvre typhoïde, par BALLET et SÉGLAS (*Ibidem*, 7 *mars* 1890).

I. — Barié rapporte des cas de deux types de délire, le délire de persécution (7 cas) et la folie religieuse (2 cas). Il conclut qu'à côté du délire aigu, généralisé, vague, incohérent, qui est habituel dans la fièvre typhoïde, il existe des types de délires systématisés; le délire partiel, apparaît surtout pendant la période d'état, plus rarement au début de la maladie; les femmes y sont plus prédisposées que les hommes; dans deux cas seulement il existait une tare héréditaire. Le délire est lié à la fièvre, il naît et disparaît avec elle, sans être en rapport avec le maximum d'élévation de la courbe thermique. Le délire de persécution fébrile ne comporte pas un pronostic grave. Quand il se montre au début de la maladie, avant l'apparition des symptômes propres à la dothiénentérie, les difficultés du diagnostic sont considérables. La folie religieuse a une terminaison moins favorable : sur 2 cas il y en a eu un terminé par la démence chronique. L'opium à haute dose est le traitement par excellence de ces délires. H. L.

II. — L'un après l'autre Ballet et Séglas protestent contre l'analogie établie par Barié entre le délire qu'il a observé chez des typhiques et le délire de persécution décrit par Lasègue. Ils admettent qu'au cours du délire de la fièvre typhoïde on peut voir apparaître de vagues idées de délire de persécution greffées sur un fond de délire systématisé, que le délire typhoïdique peut aussi revêtir la forme de délire mélancolique, et que dans quelques cas, ces différentes formes de délire sont nettement influencées par une prédisposition héréditaire. H. L.

Contribution à l'étude du charbon intestinal humain, par G. BOUISSON (*Thèse de Paris*, 1890).

Bouisson a eu l'occasion d'observer un cas de charbon interne primitif, qui est le premier de cette nature recueilli en France.

Le malade, mégissier, fut apporté à l'hôpital, présentant un ensemble de symptômes (douleurs abdominales, ballonnement, vomissements, algidité), qui firent songer à un étranglement interne.

A l'autopsie, on trouva des ecchymoses sur la face péritonéale de l'intestin, à la partie terminale du jejunum; à ce niveau, l'intestin était très épaissi, au point de diminuer la lumière du canal d'environ la moitié de son diamètre. La principale, véritable thrombus intestinal, s'étendait sur une longueur de plus de 20 centimètres; il en existait d'autres dans le voisinage, beaucoup moins étendues; ces ecchymoses étaient toutes situées sur le bord de l'intestin opposé à l'insertion mésentérique; les lésions étaient bornées à l'intestin grêle, au mésentère et aux ganglions de celui-ci. Les mêmes ecchymoses se retrouvaient du côté de la muqueuse et la paroi, à leur niveau, atteignait presque 1 centimètre d'épaisseur; vues par la surface de section, les lésions ne paraissaient consister que dans une infiltration sanguine simple. Sur les

coupes, Bouisson constata la présence de nombreux bacilles charbonneux au niveau des parties ecchymotiques; les microbes n'occupaient que la portion la plus superficielle de l'intestin et ne se retrouvaient pas dans les couches profondes de la muqueuse, ni dans l'épaisseur de la musculeuse; ces bacilles existaient également dans le sang, le foie, la rate, les reins, la moelle. Les cultures et les inoculations montrèrent qu'il s'agissait bien du bacille charbonneux. G. LYON.

Del riflesso rotuleo e del clono del piede nel parossisma febbrile da infezione malarica, par A. CRISTIANI (*La Riforma medica*, 19 *février* 1890).

L'intensité du réflexe rotulien dès le début du premier stade de l'accès permet de reconnaître l'intensité et la gravité de la fièvre malarienne; la présence du phénomène du pied dès le début du premier stade est un symptôme grave qui appartient aux formes pernicieuses. L'abolition du réflexe rotulien dans le deuxième stade et la disparition du phénomène du pied lorsqu'il avait existé sont des indices de fièvre pernicieuse. La réapparition du réflexe rotulien au début du troisième stade de la fièvre pernicieuse indique qu'elle tend à la guérison. Dans les formes non pernicieuses, où le réflexe rotulien est augmenté pendant les deux premières périodes, sa diminution au commencement de la troisième est un indice de la défervescence. G. THIBIERGE.

De la stomatite urémique, par BARIÉ (*Archives de médecine, octobre et décembre* 1889).

La forme gastro-intestinale de l'urémie comprend, en plus des manifestations gastriques et intestinales décrites par les auteurs classiques, des déterminations bucco-pharyngées que Barié propose de désigner sous le nom de stomatites urémiques. Ces déterminations se voient sur la bouche, l'isthme du gosier et le pharynx.

La stomatite urémique peut se manifester sous deux formes cliniques distinctes : 1° stomatite pultacée ; 2° stomatite ulcéreuse.

Dans la forme pultacée, la langue est recouverte d'un enduit grisâtre, épais et pâteux, peu adhérent, qui peut s'étendre aux joues, aux gencives et même au pharynx.

Dans la forme ulcéreuse, les ulcérations se voient sur les gencives, sur la face interne des joues et des lèvres. Elles sont très superficielles, linéaires, en coup d'ongle. Elles s'accompagnent d'une salivation excessive. Dans un cas, la salive renfermait une quantité d'urée mille fois plus considérable qu'à l'état normal.

La stomatite est suivie d'un état général des plus graves.

La stomatite pultacée n'a pas par elle-même de gravité réelle. La stomatite ulcéreuse est d'un pronostic fâcheux. Les ulcérations peuvent s'étendre, gagner en profondeur et présenter des délabrements considérables. Elles sont susceptibles de guérir complètement, en laissant après elles des cicatrices variables.

La stomatite urémique reconnaît pour cause probable l'élimination par les glandes salivaires des poisons urinaires, et surtout du poison sialogène. Elle est favorisée par un mauvais état antérieur de la bouche.

RICHARDIÈRE.

Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der Migraine, par B. NEFTEL (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.*, *Band XXI*, *H.* 1, *p.* 117).

Neftel signale comme un symptôme peu connu de la migraine, un accroissement de l'excitabilité galvanique et une diminution de résistance au passage du courant de la pile, localisés dans la moitié de la tête qui est le siège de l'hémicranie.

A propos du traitement général de la migraine, il signale la nécessité de rechercher la coprostase chez des personnes qui en apparence ne sont pas constipées, afin d'amener la déplétion complète et régulière du gros intestin. Il signale les bons résultats qu'il a obtenus en soumettant les migraineux à des exercices réguliers en plein air, et le contraste qui existait entre les effets obtenus chez un même malade par l'emploi des deux variétés de courant : certains migraineux se trouvent très bien des applications de courant de pile, qui ne retirent que de mauvais effets des applications de courants induits; chez d'autres malades, c'est l'inverse qui a lieu. Il faut donc procéder sans parti pris, dans le choix du courant, mais tâter la susceptibilité individuelle de chaque malade. Il faut aussi procéder avec beaucoup de circonspection, quand on se décide pour la galvanisation du crâne, car certains sujets sont extrêmement sensibles à ce genre d'excitation; l'application de courants faibles sur la tête leur donne des nausées et des vomissements.

L'emploi de l'électricité donne également de bons résultats dans le traitement de l'accès de migraine. L'ergotine convient aux névrosthéniques, pléthoriques, le salicylate de soude et la quinine aux anémiques.

Dans un appendice, l'auteur s'occupe d'une méthode physiologique de traitement de certaines névroses et de certaines psychoses chroniques (neurasthénie, hypochondrie, mélancolie). Le traitement consiste dans l'emploi systématique des purgatifs salins à jeun, de l'exercice musculaire à dose progressive, des bains, de l'eau chaude en boisson, de la galvanisation du cerveau et des organes qui sont le siège d'une douleur, d'un trouble circulatoire manifeste. E. RICKLIN.

I. — Étude sur la maladie de Thomsen, par GRENIER (*Thèse de Paris*, *n°* 98, 1890).

II. — Ueber die Thomsen'sche Krankheit (Myotonia congenita), par W. ERB (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XLV*, *p.* 529).

I. — Excellente monographie, tout à fait au courant de la science, de cette affection. L'auteur donne un index bibliographique très complet et rapporte, outre une observation personnelle, cinquante-quatre observations. G. GUINON

II. — Depuis la monographie qu'il a publiée en 1886 sur la maladie de Thomsen, on a rapporté un certain nombre d'observations : Erb analyse rapidement ces faits. Lui-même, depuis cette époque, a rencontré cinq nouveaux cas, dont il rapporte l'histoire. Un seul des signes qu'il attribue à la maladie de Thomsen n'a pas été retrouvé par certains auteurs : les contractions rythmiques, en forme de vagues, sous l'influence des courants galvaniques. Erb cependant a retrouvé ce phénomène dans les trois cas qu'il a pu étudier à loisir; il pense qu'on le retrouverait ordinairement en procédant avec méthode, et au besoin en répétant les

séances d'examen. Du reste ce signe peut manquer sans que pour cela le diagnostic présente de difficulté. Les autres symptômes et la réaction de la myotomie sont suffisants. La clinique n'a plus rien à apprendre sur la maladie de Thomsen; la parole est maintenant à l'anatomie pathologique. Erb est plus que jamais d'avis qu'il s'agit d'une maladie d'origine trophoneurotique. Les antécédents névropathiques des malades sont en faveur de cette idée. A. MATHIEU.

Ein neuer Fall von Polymyositis acuta mit Ausgang in Heilung (Polymyosite aiguë, guérison), par PLEHN (*Deutsche med. Woch.*, n° 12, *p.* 227, 1889).

Ce cas de polymyosite aiguë guérie appartient à Fürbringer, qui l'a fait publier par son assistant Plehn. Il s'agit d'un homme de 22 ans, robuste, qui éprouve, le 1er novembre 1888, en allant à son travail, un violent malaise, du vertige, des douleurs dans les membres. Il entre à l'hôpital le 2 novembre.

Engourdissement des membres, qui sont le siège de douleurs profondes, intenses ; il semble que le sang cesse d'y circuler. Le malade ne peut exécuter aucun mouvement. Tremblement, frissons, rougeur de la face, accélération respiratoire. Contractions toniques et excitabilité remarquable de tous les muscles ; de plus, la moindre pression détermine des convulsions et arrache des cris au patient. Hyperesthésie cutanée.

Gonflement de la rate, langue chargée, constipation. Température 39°5. Pouls 108.

Fürbringer, après avoir écarté l'hypothèse d'une trichinose ou d'une fièvre typhoïde, fait immédiatement le diagnostic de polymyosite aiguë, infectieuse. Calomel, bain à 28°, draps mouillés, injection de morphine.

Le 3 novembre, œdème et rougeur des mains et des avant-bras. Température 38°9 le matin; 37°2 le soir. Antifébrine, chloral et morphine.

Le 4 novembre, douleurs moins vives, dyspnée et céphalalgie absentes. On découvre à l'abdomen et à la poitrine quelques taches rosées; herpès des lèvres. La rate a 16 centimètres de longueur et 10 de largeur. Pas de diarrhée, pas d'albuminurie. Température 38°,6 le matin, 37° le soir. P. 90.

Le 5, amélioration; disparition presque complète des douleurs.

Le 6, disparition des taches rosées, auxquelles se substituent des taches ardoisées qu'on voit au tronc et aux cuisses.

Le 7, l'amélioration progresse. La rate est encore grosse. Température 37°. P. 80.

Le 8 et le 9, douleurs persistent aux mollets; la marche ne s'effectue pas sans difficulté.

Le malade conserve encore un peu de faiblesse des jambes le 10 et le 11; mais il guérit et quitte l'hôpital le 12 novembre. A ce moment, la longueur de la rate est de 9 centimètres.

En résumé, début brusque, fièvre durant trois jours seulement, défervescence soudaine, absence de symptômes abdominaux, herpès des lèvres, taches rosées et surtout douleurs musculaires d'une remarquable intensité, *atroces, insupportables :* tels sont les caractères de cette maladie que Fürbringer n'hésite pas à considérer comme une polymyosite aiguë.

On peut se demander si le processus si rapide (12 jours), et si favorable dans sa terminaison, qui distingue ce cas, peut être comparé à celui qu'ont décrit Hepp, Unverricht et Wagner dans leurs études cliniques et histologiques de la polymyosite. L. GALLIARD.

I. — Stoffwechsel Untersuchungen bei Krebskranken (Les échanges nutritifs chez les cancéreux), par Fr. MUELLER (*Zeitsch. f. kl. Medic.*, *XVI*, *p.* 496-550).

II. — **Ueber den Stoffwechsel und das Coma der Krebskranken (La nutrition et le coma chez les cancéreux), par G. KLEMPERER** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 869, 7 *octobre* 1889).

III. — **L'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen, par TROISIER** (*Arch. gén. de médecine, février-mars* 1889).

I. — Les recherches de Müller ont porté sur neuf malades, dont quatre atteints de cancer de l'estomac, deux de cancer du sein, deux de cancer de la verge, un de cancer du pancréas.

Les résultats obtenus ont été assez variables. En ce qui concerne l'élimination des matières azotées, ils ont pourtant donné toujours une élimination supérieure à la quantité d'azote fournie par les aliments. Il y a donc perte des matières albuminoïdes de l'économie. Au point de vue de cette perte il faut cependant distinguer deux catégories de malades. Chez les uns, elle était simplement due à l'inanition; chez les autres, elle se produisait avec une nourriture suffisamment abondante et semblait bien directement sous l'influence du cancer.

Cette élimination plus grande démontre que l'absorption est une des grandes causes de la cachexie. Cette cachexie s'accompagne plutôt d'hydrémie que d'anémie; le sang est pauvre en hémoglobine et en globules rouges, riche en globules blancs. La perte portant plus sur les matières albuminoïdes que sur les matières grasses, le système musculaire se trouve tout particulièrement touché.

La cause de cette perte des matières albuminoïdes est inconnue. Müller a recherché si elle n'était point due à une sécrétion de ptomaïnes par le cancer. Divers faits (toxicité de l'urine des cancéreux, coma cancéreux) rendent cette hypothèse vraisemblable, mais Müller n'a pu la démontrer par ses analyses directes. A.-F. PLICQUE.

II. — Des recherches faites sur des individus atteints de cancer de l'estomac ou de l'œsophage, Klemperer conclut que dans le sang des cancéreux circule une matière toxique qui rend compte à la fin de l'accroissement d'élimination de l'azote par l'urine (résultant de la destruction de l'albumine des tissus), de la dégénération graisseuse des viscères, de la diminution de l'alcalinité du sang, enfin du coma qu'on observe parfois chez ces malades.

C'est sans doute à une toxine analogue que sont dus le coma diabétique et la diminution d'alcalinité du sang, fréquemment constatée en même temps. J. B.

III. — L'adénopathie sus-claviculaire peut apparaître dans le cours de tout cancer de la cavité abdominale, quel que soit le viscère primitivement atteint. L'auteur en a réuni 27 observations, ainsi réparties :

14 cas de cancer de l'estomac, 1 cas de cancer du duodénum, 1 cas de cancer du pancréas, 2 cas de cancer du foie, 1 cas de cancer du rein, 1 cas de cancer des capsules surrénales, 5 cas de cancer de l'utérus, 2 cas de cancer de l'ovaire.

L'adénopathie est plus fréquente à gauche qu'à droite (19 fois à gauche, 4 fois à droite, 4 fois bilatérale).

Elle a coexisté 5 fois avec des localisations inguinales ou axillaires.

Le plus souvent l'adénopathie sus-claviculaire s'explique par l'envahissement de proche en proche des ganglions par la néoplasie cancéreuse.

D'autres fois elle est liée à la production d'un noyau secondaire dans le poumon. Dans les cas, rares d'ailleurs, où l'autopsie n'a permis de découvrir aucune trace d'adénopathie intermédiaire, c'est dans les relations anatomiques des ganglions sus-claviculaires gauches avec la terminaison du canal thoracique qu'il faut rechercher la cause de cette infection à distance. RICHARDIÈRE.

Zur Symptomatologie des multiplen Myeloms ; Beobachtung von Albumosurie, par KAHLER (*Prager med. Wochenschr.*, *n*os 4 *et* 5, 1889).

Un homme de 46 ans est pris brusquement de violentes douleurs thoraciques, qui disparaissent au bout de quelques jours, puis se montrent de nouveau à plusieurs mois d'intervalle et se localisent en certains points des côtes, avec insensibilité à la pression. Pendant plusieurs années, les douleurs vont et viennent; il s'y joint de la sensibilité au niveau de certaines apophyses épineuses, de la névralgie des nerfs sciatiques, etc. Plus tard, tuméfactions localisées et douloureuses sur le trajet de plusieurs côtes, douleurs occipitales, raideur de la nuque, névralgies viscérales, paresthésie des extrémités inférieures, oppression, toux convulsive, insomnie. Enfin fractures spontanées des côtes, cyphose progressive et rapide de la colonne vertébrale, gonflement des ganglions inguinaux ; amaigrissement rapide, mort huit ans après le début de la maladie.

A l'autopsie, on trouve une fragilité anormale des côtes et de la colonne vertébrale; la substance corticale de ces divers os est transformée en une masse molle, pulpeuse, d'un gris rosé; au microscope on constate une ostéoporose excessive avec formation de lacunes osseuses, dues à la prolifération d'un tissu composé exclusivement de grosses cellules rondes (sarcome à cellules rondes ou myélome).

L'auteur, s'appuyant sur les faits de myélome multiple publiés par Zahn, établit un diagnostic différentiel entre cette maladie et l'ostéomalacie. Comme caractères essentiels du myélome multiple, il signale surtout les douleurs précoces avec gonflement osseux, la localisation des difformités au squelette du tronc, l'absence de toute flexibilité exagérée des os des membres, enfin l'apparition possible de tumeurs ganglionnaires et d'hypertrophie splénique.

D'autre part, Kahler appelle l'attention sur un phénomène qu'il a constaté chez son patient depuis la deuxième année de la maladie jusqu'à la mort : la peptonurie (*albumosurie*). Par le rapprochement avec d'autres faits, il arrive à conclure que ce dernier symptôme se présente fréquemment chez les individus atteints de myélome multiple. H. BARTH.

Beitrag zur Geschichte der Rheumatoïderkrankung (Contribution à l'histoire des affections rhumatoïdes), par C. GERHARDT (*Charité-Annalen*, *XIV Jahrg.*, *p.* 241).

En trois ans et demi Gerhardt a soigné dans son service de clinique, 227 cas de rhumatisme articulaire aigu, 18 cas de rhumatisme blennorragique, 23 cas de rhumatisme scarlatineux correspondant à 85 cas de scarlatine.

Gerhardt divise les cas de rhumatisme blennorragique en quatre catégories : 1° l'hydarthrose double du genou, forme à peu près apyrétique avec épanchement abondant ; 2° la polyarthrite subaiguë tenace. Le début est habituellement aigu, fébrile, avec fièvre, arthralgies mul-

tiples. La fièvre, irrégulière, finit par disparaître. Beaucoup de jointures sont atteintes, les moyennes le plus souvent; sont épargnées, les articulations sterno-claviculaires, les symphyses, les articulations vertébrales. La maladie dure des mois et même des années, amenant de l'épaississement des jointures, de l'atrophie des muscles. 3° le rhumatisme limité à une seule articulation qui suppure souvent. 4° des formes qui par leur évolution rappellent beaucoup le rhumatisme articulaire aigu.

C'est l'inflammation des parties reculées de l'urèthre et en particulier de la région prostatique qui paraît avoir le plus d'influence sur l'apparition du rhumatisme blennorragique.

Le rhumatisme scarlatineux a atteint un quart des malades; il a été le plus souvent bénin et a occupé surtout les articulations des mains; le salicylate de soude a eu sur lui une action marquée. Dans le rhumatisme blennorrhagique, le genou a été pris dans un tiers des cas.

ALBERT MATHIEU.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Étude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites, par Em. MORDRET (*Thèse de Paris*, n° 92, 1890).

Rejetant la théorie du transport septique par les lymphatiques E. Mordret admet la propagation de muqueuse à muqueuse. Les lymphatiques ne peuvent intervenir que dans les lésions qui relèvent immédiatement de l'état puerpéral.

Les salpingo ovarites, qu'avec E. Trélat on pouvait appeler métro-salpingo-ovario-péritonites, ne peuvent rentrer dans une même description clinique. Entre deux grandes classes de lésions dont les unes sont constituées par le développement des fausses membranes, des phénomènes périsalpingitiques, la trompe étant altérée dans sa structure, mais n'offrant pas de collections volumineuses, et les autres, où, aux phénomènes péritonéaux, se joint une vaste collection dans la trompe, on peut trouver tous les intermédiaires. — Dans sa description clinique l'auteur prend ces deux grands types à part et en fait l'objet de deux chapitres distincts, tout en reconnaissant à l'un et à l'autre la même origine, et admettant qu'à des degrés différents de l'affection ils peuvent se confondre.

L'origine de muqueuse à muqueuse semble démontrée par l'absence de communications lymphatiques entre l'utérus et l'ovaire, entre l'utérus et la trompe (il ne se trouve que deux petits troncules sans importance (Poirier). Il ne fait de doute pour personne que toutes ces complications ne soient de nature septique, et dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, on retrouve la blennorragie, la fausse couche et surtout l'accouchement.

L'accouchement ne joue souvent qu'un rôle occasionnel. Il fournit aux micro-organismes à l'état normal dans le vagin l'occasion d'atteindre la muqueuse utérine, où ils peuvent se développer. Il se fait une véritable auto-infection.

L'importance de l'état puerpuéral est très grande pour le développement de la muqueuse utérine comme terrain de culture; non moins grande est celle des congestions de toutes sortes de l'utérus.

Pour l'auteur, le début serait toujours une métrite plus ou moins marquée, puis surviendrait la salpingite catarrhale d'abord et qui peu à peu pourrait à un degré avancé ou ultime devenir suppurée. L'orifice externe de la trompe, par sa disposition frangée, se prête admirablement à l'apparition des fausses membranes et s'oblitère non moins rapidement, adhère à l'ovaire qui fait plus ou moins paroi de l'abcès tubaire est plus ou moins désorganisé depuis la simple congestion, l'immobilisation dans les adhérences, jusqu'à la désorganisation la plus marquée et la destruction presque complète.

L'auteur insiste sur le role du péritoine pelvien au point de vue anatomo-pathologique et par suite clinique.

Les deux types cliniques qu'a décrits l'auteur répondent aux deux variétés anatomo-pathologiques qu'il a distinguées.

Quant aux femmes ayant de grosses collections purulentes dans la trompe, elles sont plus nombreuses qu'on ne l'a dit et, chose paradoxale, se présentent avec des phénomènes beaucoup plus atténués; souvent même la collection se forme sans donner lieu à aucun symptôme appréciable, et on ne la découvre qu'au moment d'une poussée aiguë et tardive qui révèle une existence antérieure déjà éloignée. F. VERCHÈRE.

Adénite pelvienne suppurée. Laparotomie. Guérison, par TERRIER (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XV, p.* 551).

Exemple rare d'adénite pelvienne, profondément située derrière l'intestin et à gauche, prise pour une tumeur de la trompe gauche.

Les troubles fonctionnels, et en particulier ceux de la menstruation, rappelaient les troubles de la salpingite; les poussées de péritonite ou péritonisme après chaque examen, les douleurs vives provoquées ou même spontanées, enfin les caractères physiques de la tumeur bosselée et latérale à l'utérus, tout était en faveur du diagnostic de salpingite.

Au cours de la laparotomie on trouve une masse ganglionnaire du volume du poing, sous le péritoine postérieur. Enucléation; drainage de la cavité.

L'examen histologique et les inoculations établissent le diagnostic d'adénite suppurée. C. WALTHER.

Ueber operative Behandlung des retroflektirten Uterus (Traitement chirurgical de la rétroflexion de l'utérus), par FROMMEL (*Centr. für Gyn., 8 février* 1890).

Frommel repousse la ventro-fixation dans la rétroflexion, comme une opération qui substitue à un déplacement pathologiqne un autre déplacement, et qui amène une gêne dans les fonctions de la vessie. Il a décrit une méthode qui consiste à agir sur les ligaments utéro-sacrés, ligaments dont le relâchement est la principale cause des déplacements de l'utérus en arrière.

La femme est placée sur le bord de la table d'opérations, le siège très élevé. L'utérus est d'abord détaché de ses adhérences, puis redressé. Les replis de Douglas sont alors suturés, dans le voisinage de leur insertion à l'utérus, au péritoine des parois latérales du bassin.

Leur direction, au lieu d'être antéro-postérieure, devient ainsi une ligne brisée qui forme un angle presque droit; leur relâchement disparaît, ils sont tendus et fermes et maintiennent l'utérus dans sa position normale.

Chez une femme à laquelle Frommel a fait cette opération, l'utérus était toujours redressé au bout d'un an, et cependant l'une des sutures avait cédé et un des ligaments de Douglas était dans le relâchement. Dans ce cas, l'auteur s'était servi de catgut. Il en condamne l'emploi à cause de sa résorption trop rapide, et conseille de n'employer pour la suture que la soie ou le crin de Florence. CH. MAYGRIER.

I. — Bemerkungen über die Methode der vaginalen Fixation bei Retroflexion und Prolapsus uteri (De la fixation vaginale dans la rétroflexion et le prolapsus de l'utérus), par SCHÜCKING (*Cent. für Gyn.*, 22 *février* 1890).

II. — Zwei Fälle von Retroflexion Uteri, geheilt durch vaginale Fixation... (Deux cas de rétroflexion guéris par la fixation vaginale), par TAMPKE (*Centr. für Gyn.*, 22 *février* 1890).

I. — Il existe maintenant 62 cas de rétroflexion et de prolapsus de l'utérus opérés par le procédé de Schücking, c'est-à-dire par la *fixation vaginale* (Voy. *R. S. M.*, XXXII, p. 543.)

Dans les 20 premières opérations, la méthode était imparfaite; les fils furent retirés trop tôt, et on ne mit pas de pessaire; cependant, il y eut 12 guérisons durables.

Une nouvelle série de 43 cas permet de porter un jugement définitif sur la valeur de ce procédé. Il n'y a pas eu un seul insuccès. Dans tous ces cas, les fils n'ont pas été retirés avant huit ou dix semaines, et on a employé les crins de Florence. On a ensuite appliqué un pessaire de Hodge ou de G. Thomas.

L'auteur considère son opération comme bien supérieure à la ventrofixation, qui place l'utérus dans la cavité abdominale, alors qu'anatomiquement il appartient à l'excavation, et au raccourcissement des ligaments ronds qui donne souvent des mécomptes.

II. — La fixation vaginale de Schücking a été pratiquée dans les deux cas suivants :

1° Femme de 52 ans, souffrant depuis des années d'une chute de la paroi antérieure du vagin et de rétroflexion. Les douleurs augmentant et la marche devenant très pénible malgré le port d'un pessaire, Tampke propose l'opération de Schücking, qui est acceptée. Le fil fut retiré au bout de six semaines. Pendant ce temps, huit jours après l'intervention, la malade eut des accidents assez marqués de cystite; mais ils disparurent aussitôt après l'ablation du fil. Guérison complète du prolapsus vaginal et de la rétroflexion.

2° Femme de 28 ans, souffrant depuis sept ans d'une rétroflexion survenue après un accouchement. L'utérus fut réduit avec beaucoup de peine dans la situation génu-cubitale, et un pessaire fut appliqué; mais il ne put être supporté, et lorsqu'on dut le retirer, la rétroflexion se reproduisit. On pratiqua alors la fixation vaginale, mais vingt-quatre heures après l'opération, une

hémorragie utérine obligea à retirer le fil. Le déplacement s'étant reproduit, on refit une nouvelle opération ; cette fois, la ligature resta en place pendant plusieurs semaines sans déterminer le moindre accident ; après l'ablation du fil, guérison durable. CH. MAYGRIER.

Étude sur les prolapsus génitaux, par DUPLAY et CHAPUT (*Archives de médecine, juin et juillet* 1889).

Chez les vieilles femmes, le prolapsus des organes génitaux est la règle. Le prolapsus de l'utérus est plus fréquent lorsque cet organe est hypertrophié. Les altérations des ligaments de l'utérus, l'augmentation de poids de l'organe ont une influence certaine sur les prolapsus. Les modifications des dimensions du vagin sont moins importantes.

La cystocèle concomitante est extrêmement fréquente. La rectocèle est beaucoup plus rare. Elle n'est d'ailleurs jamais isolée.

Un périnée de 1 centimètre 1/2 amène fatalement le prolapsus vaginal d'abord, utérin ensuite.

Les dimensions de la vulve ont une importance capitale. Sur 26 cas où la vulve mesurait en moyenne 3 centimètres 1/2, il y avait 26 fois prolapsus du vagin dont 23 avec prolapsus de l'utérus.

Toutes les fois que la vulve mesure 3 centimètres 1/2 de longueur, il y a prolapsus de la paroi vaginale antérieure.

La grande majorité des faits de prolapsus dépend d'un agrandissement de l'orifice vulvaire, avec ou sans déchirure du périnée. RICHARDIÈRE.

De l'hystéropexie vaginale (opération de Nicolitis), par L. H. DEBAYLE (*Thèse de Paris*, n° 68, 1890).

La méthode que préconise l'auteur consiste à reconstituer pour l'utérus l'anneau de soutien formé par l'aponévrose pelvienne et le releveur, ou à y suppléer en empruntant la résistance de la paroi vaginale et en modifiant le point d'insertion de cette paroi.

Dans la rétroflexion ou version que l'auteur prend comme type, il faudra, après avoir fait, s'il y a métrite concomitante, la dilatation et le curage, faire une amputation sus vaginale du col au niveau de l'union du col et du corps, puis venir par une série de points de suture faire converger les deux parties latérales de l'incision vaginale à la lèvre antérieure d'amputation du col, la partie médiane étant fixée à la lèvre postérieure, puis compléter la suture par des points antérieurs pour recouvrir complètement la surface de section du col utérin, en laissant subsister l'orifice. De la sorte, la paroi postéro-latérale du vagin prenant point d'insertion et d'appui sur le bord inférieur de la face antérieure de l'utérus, fait basculer le col d'avant en arrière et par un mouvement de sonnette ramène le corps d'arrière en avant et le maintient dans cette nouvelle situation.

En somme, l'opération consiste dans une amputation sus-vaginale, suivie d'une suture anaplastique. Elle est d'une exécution assez facile, sans imprévu ni complications et donne d'excellents résultats dans les déviations utérines en général. (15 opérations dont quelques-unes suivies pendant deux ou trois ans, ont donné d'excellents résultats, les seuls incidents n'ayant heureusement donné lieu à aucun symptôme grave, ont

été l'ouverture de la vessie (un cas), du péritoine, l'hémorragie, et un échec de la réunion primitive.)

L'hystéropexie vaginale est surtout indiquée : 1° dans les rétrodéviations, rétroversions, seules ou avec rétroflexion ; 2° elle peut l'être dans certaines déviations en avant et dans certaines latéroversions, mais ces derniers points sont encore à élucider.

On peut la pratiquer : 1° lorsque ces déviations sont mobiles et simples ; 2° lorsqu'elles se compliquent de lésions utérines, à condition d'instituer un traitement préalable ; 3° lorsqu'elles présentent des adhérences mobiles.

Le traitement préalable des complications utérines peut être fait soit avant l'opération, soit dans la même séance. Lorsqu'elle est bien exécutée suivant les règles antiseptiques elle ne donne lieu à aucune complication immédiate, l'atrésie n'est pas à craindre ; la grossesse et l'accouchement sont possibles.

Elle semble contre-indiquée : 1° lorsque la déviation est peu avancée et les signes fonctionnels insignifiants ; 2° chez les multipares et unipares jeunes, lorsque les troubles sont prononcés ; 3° lorsqu'il y a lésion grave des annexes ou prolapsus bien prononcé. Elle est préférable au traitement orthopédique, à l'opération d'Alexander-Alquié et à l'hystéropexie abdominale. Celle-ci a les plus beaux succès dans les cas de prolapsus. F. VERCHÈRE.

Some less common causes of menorrhagia, par Nigel STARK (*Glasgow med. journ., p.* 15, *janvier* 1890).

1° Une jeune femme de 24 ans, pâle anémique, est sujette à des pertes fréquentes. Utérus et annexes sains. L'examen complet montre un rétrécissement mitral, suite de rhumatisme. La digitale fait tout disparaître.

Dans d'autres cas, la perte dépend de la congestion de la veine porte.

2° Une femme de 47 ans, au moment de la ménopause, a des ménorragies fréquentes. L'examen montre une cirrhose du foie. Les drastiques, le calomel, les iodures font disparaître la congestion du foie et arrêtent la perte.

3° Femme de 43 ans, même situation que la précédente.

La constipation peut être la cause de ménorragie.

Tel le fait d'une jeune fille cité par l'auteur. P. DUFLOCQ.

Zwei Fälle von Vaginismus geheilt durch den galvanischen Strom (Deux cas de vaginisme guéris par les courants continus), par LOMER (*Centr. für Gyn.*, 14 *décembre* 1889).

1° Femme de 22 ans, réglée à 11 ans ; menstruation toujours douloureuse. Mariée depuis 5 ans, elle n'a pu encore supporter le coït ; la moindre tentative détermine une douleur violente et une contracture énergique des muscles du périnée. Depuis un an, à la suite d'essais thérapeutiques de dilatation, la douleur est devenue insupportable au plus léger contact, et la malade est tombée dans une mélancolie profonde. A l'examen, l'orifice vaginal est normal ; les muscles sont dans un état de contracture qui augmente au moindre attouchement. Tous ces phénomènes disparaissent pendant l'anesthésie chloroformique ; trois doigts peuvent alors pénétrer facilement dans le vagin ; le vagin, le col et le corps de l'utérus sont sains.

On traite la malade par les courants continus ; le cathode est appliqué sur le ventre, l'anode sur le périnée tout près de l'orifice vaginal ; l'intensité du courant est proportionnée à la sensibilité de la malade. Les séances ont lieu d'abord tous les deux jours, puis sont espacées davantage ; chacune dure quatre à cinq minutes. Une amélioration rapide survient ; l'orifice vulvaire devient accessible au doigt sans douleur ; les rapprochements sexuels peuvent s'accomplir. Au bout de six semaines, la guérison est complète, et six mois plus tard, elle s'était maintenue sans rechute.

2°. — Femme de 27 ans, réglée à 14 ans ; époques douloureuses. Mariée depuis deux mois ; les rapports conjugaux sont impossibles. L'examen dénote l'existence d'un spasme vaginal intense, avec rougeur diffuse des organes génitaux et leucorrhée. Le toucher est très douloureux ; l'utérus est sain.

Malgré les bains de siège, les injections phéniquées chaudes, la suppression de tous rapports sexuels, etc... ; le vaginisme persiste sans amélioration. Application de courants continus, comme dans le cas précédent. Guérison en six semaines. CH. MAYGRIER.

I. — Die Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure Brandt... (Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure Brandt), par Eugen ARENDT (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 1, *p.* 11, *n°* 2, *p.* 31, *et n°* 3 *p.* 57, 6, 13 *et* 20 *janvier* 1890).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*ibidem*, *n°* 2, *p.* 36).

I. — Cette médication comprend un traitement général et le traitement local des organes malades. Le traitement général se compose de mouvements gymnastiques, appropriés, ayant pour but de fortifier les muscles, d'activer la circulation, etc. Th. Brandt emploie les manœuvres propres à produire la dérivation sanguine du bassin, dans les cas d'hémorragies utérines et d'exsudats pelviens, tandis qu'il réserve les manœuvres contraires pour l'aménorrhée l'atrophie utérine et la chlorose.

Le massage constitue la partie essentielle du traitement local. Il est toujours exclusivement pratiqué sur les téguments abdominaux, tandis que l'opérateur, avec son index gauche, placé dans le vagin ou dans le rectum de la malade, soutient les parties ou s'efforce même de les rapprocher de la paroi abdominale.

Les pratiques de massage consistent en frictions circulaires exécutées avec les pulpes digitales.

Quand il s'agit de l'utérus, sauf en cas de déplacements de l'organe en arrière, on évite de masser sa face antérieure à cause de la vessie.

Avant et après chaque séance de massage, on fait exécuter aux malades quelques mouvements gymnastiques ayant pour effet de décongestionner les organes pelviens. Les frictions utérines doivent être pratiquées du fond vers l'isthme et des bords vers la paroi pelvienne, en suivant le trajet des ligaments larges.

Lorsqu'on a affaire à des résidus de pelvipéritonite, de phlegmon des ligaments larges ou à des adhérences péritonéales, le massage léger avec les extrémités digitales est insuffisant et doit être remplacé par des malaxations et des pétrissages exécutés vigoureusement avec toute la main et l'avant bras droits, mais ces manœuvres ne doivent jamais être douloureuses.

Thure Brandt a voué un soin particulier au traitement des rétroflexions

et rétroversions utérines, pour lesquelles il emploie des procédés variables suivant les cas et qu'on peut classer sous trois chefs : 1° redressement recto-vaginal; 2° redressement ventro-vaginal; 3° redressement ventro-vagino-rectal.

Le redressement recto-vaginal, qui est le plus simple, s'opère par le *renversement* de l'utérus opéré la malade étant debout ou dans la position génu-cubitale. L'index gauche introduit profondément dans le rectum cherche à soulever le fond de l'utérus, puis à le pousser en avant et en bas, tandis que le pouce, placé dans le vagin, refoule le col d'abord en arrière, et plus tard en haut.

La méthode de redressement ventro-vaginal compte quatre procédés distincts, pour lesquels la femme doit être mise dans l'attitude de la taille :

1° Le *basculement* de l'utérus indiqué quand le corps de l'organe est si court et si rigide qu'il se porte fortement en avant et se redresse, lorsqu'on exerce une pression sur la face antérieure du col.

2° Le *pincement* de l'utérus, employé quand on ne peut le faire basculer. On place les doigts de la main libre au-dessus du fond de l'organe; puis on presse sur le col, ce qui soulève un peu le fond; au même instant, on enfonce les doigts un peu recourbés dans l'espace laissé libre, et on cherche à pousser le fond de l'utérus en avant, vers le pubis.

3° L'*accrochement* de l'utérus, auquel on a recours quand la matrice est petite et son isthme mou. L'extrémité de l'index est portée très haut derrière le corps utérin pour pouvoir tirer le fond en avant, en accrochant l'organe du côté droit, jusqu'à ce que les doigts de l'autre main puissent pénétrer derrière lui.

4° Le redressement par *pression* est indiqué quand le col est en avant et à peu près immobile dans cette situation. L'index gauche placé dans le rectum est poussé au-dessous du fond de l'utérus qu'il s'efforce de soulever pour le rapprocher des téguments abdominaux. L'extrémité des doigts de l'autre main est appliquée sur le ventre au-dessus de la symphyse et la regardant; on enfonce les doigts dans la direction de l'isthme utérin, ce qui refoule le col un peu en arrière et en haut. Ce mouvement du col utérin est accentué par l'index gauche placé alors sur la face antérieure du col, et cherchant à seconder la pression exercée par l'autre main; il en résulte un soulèvement plus ou moins marqué du fond de l'utérus. Comme en même temps on refoule l'utérus un peu en haut, parallèlement au sacrum, le fond s'incline en avant. Pour obtenir l'antéversion complète, l'index gauche, continuant à presser sur le col, maintient le fond soulevé jusqu'à ce que les doigts de la main droite aient réussi à se placer au-dessous de lui, en exécutant quelques légères frictions circulaires.

La méthode de redressement ventro-vagino-rectal est très utile quand le doigt rectal ne peut atteindre le fond de l'utérus. Avec les pulpes digitales de la main droite, on refoule en bas le fond de l'utérus, en même temps que le doigt rectal le pousse en avant. Le pouce gauche, introduit alors dans le vagin, refoule simultanément le col en arrière. Le corps de l'organe se trouve ainsi délogé de sa position et rapproché de la paroi abdominale. Les doigts de la main droite en profitent pour se glisser en arrière du fond et achever la réduction.

Pour maintenir l'utérus réduit, jamais Thure Brandt n'use de pessaires.

Il recourt à des manœuvres combinées dont le *soulèvement* de l'utérus, qu'il a inventé, forme l'élément principal. Le soulèvement de l'utérus est effectué par un aide, tandis que le médecin garde le doigt sur le col pour maintenir l'antéversion. Quand il s'agit de prolapsus, l'aide enfonce les mains entre la symphyse et l'utérus, dans la profondeur du petit bassin. Dès qu'il est parvenu sur l'utérus, il l'empoigne avec les doigts recourbés, et l'élève en décrivant un arc de cercle, assez haut pour produire la tension du vagin et des moyens de fixation antérieurs. Après l'avoir maintenu un instant dans cette position, il le lâche tout doucement, pour le laisser revenir dans le petit bassin, où il est reçu par le doigt du médecin placé sur le col. Le soulèvement de l'utérus est répété trois fois par jour et est suivi chaque fois d'une réduction, s'il y a lieu. La vessie doit être vidée au préalable et la malade n'avoir pas mangé depuis deux ou trois heures.

La technique est différente quand il y a une rétroversion ou une rétroflexion. L'aide, dont les doigts sont enfoncés entre la symphyse et l'utérus, les dirige, une fois dans la profondeur du petit bassin, d'abord en arrière, puis en haut, le long de la face antérieure du sacrum. Il s'arrête au commandement du médecin lorsque celui-ci remarque une forte tension au niveau de l'isthme. L'utérus, maintenu par l'aide, reste un instant dans cette position; puis, à un nouveau commandement, l'aide le lâche brusquement. Le médecin, qui a le doigt appliqué sur le col, sent immédiatement l'utérus tomber en avant sur son doigt.

Pour les déplacements latéraux, l'aide enfonce d'abord la main correspondante au côté déplacé et la glisse au-dessous de l'utérus; au fur et à mesure qu'il soulève l'utérus, il exerce dessus avec cette main une légère pression, de façon à le ramener vers la ligne médiane; en même temps de l'autre main il masse le ligament large relâché. Toutes les manœuvres de l'aide sont secondées par le doigt du médecin appliqué sur le col.

Après ces séances, la malade ne doit se relever qu'en fixant ses mains sur les épaules de l'opérateur et on la place durant un quart d'heure couchée sur le ventre.

Chez les femmes atteintes de prolapsus, Brandt cherche à fortifier le plancher pelvien au moyen de l'exercice gymnastique suivant. La malade est mise dans la position de la taille, avec le bassin fortement exhaussé. Le médecin applique ses mains à la face interne des genoux de la femme et cherche à les écarter, tandis que de son côté la malade s'efforce au contraire de les rapprocher. Cette manœuvre est répétée trois fois de suite.

En cas de métrorragies, l'exercice est juste l'inverse. Le médecin s'efforce de rapprocher les genoux de la femme tandis que celle-ci lutte pour les tenir écartés.

La durée du traitement, assez courte pour les prolapsus simples, est généralement longue pour les déplacements en arrière de l'utérus, tout particulièrement chez les personnes âgées ou débiles.

II. — Olshausen élève des objections théoriques contre l'emploi du massage en gynécologie. Il est impossible de savoir directement sur quel organe du bassin on pratique les manœuvres, et en outre, de les limiter à tel ou tel organe. Il lui paraît inadmissible que l'écartement violent des

genoux maintenus rapprochés par la malade puisse fortifier les mucles du périnée. Il lui est arrivé quelquefois de tenter des massages prudents en cas d'exsudats pelviens déjà anciens, mais il a toujours dû y renoncer devant les douleurs des malades, et cependant c'est l'affection où le massage paraît le mieux indiqué. Il résume son opinion en disant que jusqu'ici le massage gynécologique a fait infiniment plus de mal que de bien.

Landau estime que les reproches d'Olshausen s'adressent non à la méthode de Thure Brandt, mais à son application défectueuse ou intempestive. Il la considère, quant à lui, comme une nouvelle ressource thérapeutique, en cas de prolapsus, de rétroflexion et de vieilles adhérences. D'ailleurs, pour l'apprécier en toute justesse, il faut procéder comme à l'origine des pansement antiseptiques, c'est-à-dire se conformer exactement aux préceptes de l'inventeur et joindre les manœuvres gymnastiques au massage. (*R. S. M.*, XX, 633; XXIV, 237; XXVI, 164 et XXXIV, 156.) J. B.

Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes, par Gaston CONZETTE (*Thèse de Paris, n° 119, 1890*).

L'auteur fonde sur 37 observations ces conclusions sur les petits kystes de l'ovaire :

La dégénérescence micro-kystique des ovaires constitue un type spécial d'ovarite chronique ; cette ovarite peut être primitive ; plus souvent elle est consécutive à des affections de la trompe, de l'utérus ou du ligament large. Elle reconnaît pour cause des congestions répétées et chroniques de l'ovaire, congestions actives ou passives.

Les lésions anatomiques dans presque tous les cas débutent par le follicule et secondairement produisent des zones de sclérose périfolliculaire et des marbrures de nature scléreuse dans le parenchyme. Les ovules se raréfient et disparaissent à un moment donné. On trouve souvent des lésions artérielles probablement consécutives à l'irritation congestive; elles sont caractérisées par l'endartérite et la périartérite.

Le diagnostic ne peut être fait que dans des cas exceptionnels, à savoir, quand le petit ovaire kystique est isolé, non adhérent à l'utérus, quand il n'est pas entouré de fausses membranes trop épaisses et qu'il est accessible au doigt. Il devient impossible quand la dégénérescence kystique s'accompagne de lésions de la trompe avec adhérences.

Le traitement médical doit toujours être tenté d'abord; on aura recours à la castration quand il aura échoué, et quand les douleurs persistant troubleront vraiment l'existence de la malade. C. WALTHER.

Kyste colossal de l'ovaire, par BUFFET (*Normandie méd., 1er janvier 1890*).

Il s'agit, dans ce cas rare, d'une fille de 48 ans, dont le ventre avait grossi depuis 16 ans au point de l'empêcher de marcher depuis 15 mois. Le ventre descendait jusque sur les jambes, remontait jusqu'aux côtes supérieures et débordait de chaque coté le lit, large de 95 centimètres. On ne voyait que la tête et les pieds de la malade, qui avaient l'air de sortir d'un ballon ovoïde. L'asphyxie étant menaçante, une ponction pratiquée donne issue à à 80 litres de liquide citrin, que l'on retire en laissant des intermittences.

Le ventre en partie vidé, on perçoit en outre une tumeur dure, très volumineuse, peu mobile et adhérente aux parties profondes du bassin. Mort 48 heures après la ponction. L'autopsie fait voir une poche kystique uniloculaire, dépendant de l'ovaire gauche et encore remplie d'une dizaine de litres de liquide, et à coté, un fibrome sous-péritonéal, fixé un fond de l'utérus par un pédicule court de la grosseur du poignet et pesant 36 livres. En ajoutant à ce chiffre les 180 livres de liquide contenues dans la poche kystique, on obtient un poids de 216 livres, comme poids total de l'utérus et de l'ovaire.

OZENNE.

Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, par C. MOULS (*Thèse de Paris, n° 152, 1890*).

La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire se rencontre de 6 à 7 fois sur 100 tumeurs, amenée par les règles, un accouchement, un effort. Cette torsion peut être lente ou brusque et les symptômes dans les deux cas ne varient que par leur intensité : douleur brusque, violente dans le bas-ventre avec sensation de déplacement et de déchirement; vomissements, pouls fréquent, respiration anxieuse ; température normale ; augmentation de volume et tension du kyste, qui est devenu fixe. — La torsion en effet ne disparaît que très rarement. Dans les cas de début brusque, le pronostic est plus grave, la mort peut survenir par sphacèle de la tumeur, péritonite subaiguë ou septicémie. Dans la torsion lente, le kyste évolue ou s'atrophie sans accidents graves. Le diagnostic est parfois difficile à faire avec l'étranglement interne, l'hématocèle péri-utérine, la rupture simple du kyste, impossible avec l'étranglement du pédicule par des adhérences.

L'intervention urgente est de rigueur dans la torsion brusque, elle doit être précoce dans la torsion lente. F. VERCHÈRE.

Kurzer Bericht über hundert Laparotomien (Relation de cent laparotomies), par LEBEDEFF (*Centr. für Gyn., n° 47, 23 novembre 1889*).

Du 1er octobre 1884 au 7 décembre 1888, Lebedeff a pratiqué 100 laparotomies.

Elles se subdivisent ainsi :

Dans 41 cas, il s'agissait d'ablation de kystes de l'ovaire ; dans 29, de fibromyomes ; dans 22, de lésions inflammatoires des trompes et des ovaires ; dans 2, de névrose généralisée ; dans 1, de troubles dysménorréiques dus à l'absence du vagin et de l'utérus ; dans 2, d'opération césarienne pour indications relatives ; dans 2, de péritonite maligne ; dans 1, enfin, de grossesse extra-utérine ovarique.

Sur ces 100 opérées, il n'y a eu que 2 morts : l'une, atteinte d'un kyste intra-ligamentaire, succomba six jours après l'opération à une lésion cérébrale ; l'autre, opérée d'un fibrome, mourut au bout de six heures d'une anémie aiguë consécutive à d'abondantes hémorragies.

L'auteur résume dans un tableau intéressant les opérations faites par les principaux laparotomistes russes, avec le chiffre de leur mortalité, La date de l'année est celle où l'opérateur a fait sa première laparotomie :

Depuis		Laparotomies.	Avec
1862	Krassowsky a fait.....	144	43,7 0/0 de mortalité.
1864	Sklyfasowsky.....	71	23,9 0/0 —
1869	Lazarewitscz.....	31	41,9 0/0 —
1872	Kossinsky.....	45	31.1 0/0 —
1876	Prévot.....	35	22,8 0/0 —
1876	Kustnetzky.....	46	19,5 0/0 —
1878	Sutugin.....	27	14,8 0/0 —
1878	Slawiansky.....	51	17,6 0/0 —
1881	Lewschin.....	27	14,8 0/0 —
1883	Rein.....	97	11,4 0/0 —
1883	Ott.....	30	13,3 0/0 —
1884	Lebedeff.....	100	2 0/0 —
1884	Fenomenoff.....	34	20,5 0/0 —

CH. MAYGRIER.

160 laparotomies. Réflexions, par Mathew MANN (*Buffalo med. and surg. Journ.*, *p.* 535, *avril* 1890).

Cette série part du 4 janvier 1882 au 4 janvier 1890.

100 ovariotomies pour kystes avec 13 morts.
6 myomotomies, corps fibreux, 1 mort.
5 hystérectomies supravaginales pour fibromes, pas de décès.
14 ablations de trompes et ovaires malades, 1 mort.
16 ablations d'ovaires malades, pas de décès.
2 ablations d'ovaires pour fibromes utérins, pas de décès.
1 tumeur fibrocystique utérine, pas de décès.
8 incisions exploratrices, pas de décès.
8 laparotomies pour affections en dehors du petit bassin, 2 morts.

Pour parer à l'éventration, l'auteur emploie la suture continue de l'aponévrose avec le catgut ; il n'emploie pas le drain et fait avec soin la toilette du péritoine et surtout du petit bassin avec des éponges.

Quant aux fistules possibles, il les attribue à l'emploi de la soie pour les ligatures intra-abdominales ; aussi se sert-il de catgut exclusivement aussi bien pour la ligature du pédicule que pour celle des vaisseaux.

Pour éviter la cystite survenant après le cathétérisme des opérées, l'auteur a recours aux sondes en verre ; il fait avant chaque cathétérisme une injection de solution boriquée dans la vessie. D'autres complications sont moins faciles à prévenir, c'est ainsi que trois opérées furent atteintes de manie postopératoire et guéries de l'intervention. F. VERCHÈRE.

Sur le traitement électrique des fibromes utérins, par LUCAS CHAMPIONNIÈRE et DANION (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XV*, *p.* 470, 481, 495, 514, 530, 548).

L. Championnière et Danion rapportent 11 observations de fibromes traités par l'électricité ; 7 de ces observations sont assez anciennes pour affirmer une amélioration considérable et durable, les 4 autres sont récentes.

Le traitement doit être appliqué : 1° aux femmes d'âge rapproché de celui de la ménopause ; 2° aux femmes présentant des accidents de médiocre intensité sans grande augmentation de volume des tumeurs ; 3° aux femmes inopérables avec fibromes surtout mous.

Les résultats symptomatiques sont : la disparition des hémorragies et de la douleur, la diminution de volume du ventre, l'amélioration rapide de l'état général.

La diminution de volume des fibromes est ordinairement obtenue. La disparition complète des tumeurs doit être très difficile à atteindre et seulement dans des conditions exceptionnelles.

Les intensités de courant n'ont jamais dépassé 60 à 65 milliampères et ont oscillé entre 45 et 55. Séances de 5 à 10 minutes. Ces intensités sont absolument inoffensives. La caractéristique du mode de traitement employé est le renversement du courant. L'application doit toujours commencer par le pôle positif.

Avec ces faibles intensités, on n'a pas à craindre les accidents que peuvent provoquer des courants de 120 à 150 milliampères.

Dans la discussion, divers membres de la Société apportent une série d'une vingtaine d'observations personnelles; les malades ont été traités par la méthode d'Apostoli, qui semble être la plus efficace. Les résultats sont toujours la disparition des hémorragies et des douleurs et quelquefois une diminution de volume très difficile à apprécier, du fibrome. Ce traitement semble être exempt de dangers. Terrillon, d'après 7 observations, dont 3 de malades confiées à Apostoli et 4 malades traitées par lui-même, croit que le traitement électrique agit sur les hémorragies au même titre que la dilatation du col; qu'il peut avoir une influence sur l'élément douloureux; mais les améliorations procurées ne sont que passagères. L'antisepsie doit être surveillée avec le plus grand soin. Terrillon a vu deux cas de suppuration chez des malades qui avaient été traitées par l'électricité, à la suite de l'introduction de l'électrode dans l'utérus.

C. WALTHER.

Extirpation de la paroi postérieure du vagin et du cul-de-sac postérieur dans un cas de carcinome mixte, par BLAGOVESTSCHENSKY (*Gaz. méd. de Paris*, 1er *mars* 1890).

Femme de 33 ans. Trois grossesses avec accouchements à terme, dont le dernier, en 1884, a été suivi d'une hémorragie qui a duré trois mois. Depuis quelques mois douleurs dans le bas-ventre et plusieurs hémorragies. Le 6 juin 1889 on trouve chez cette femme, non amaigrie, toute la paroi postérieure du vagin infiltrée, inégale et augmentée d'épaisseur par places. Au milieu de cette paroi existe une ulcération, de 3 centimètres de diamètre, saignante et à bords taillés à pic. Culs-de-sac antérieur et latéraux libres ; corps de l'utérus et ovaires normaux ; parois du rectum intactes.

Le 12 juin, toutes précautions antiseptiques prises, on procède ainsi à l'ablation du néoplasme. A l'aide d'un bistouri droit on taille un lambeau médian, limité par deux incisions parallèles, distantes de 3 1/2 centimètres et partant de la commissure postérieure de la vulve, et on le dissèque jusqu'au cul-de-sac postérieur. Cela fait, après avoir enlevé une partie du col de l'utérus, qui était attaqué, on entre dans le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale jusqu'au péritoine, qui, étant adhérent, est blessé et ensuite suturé avec du catgut. La tumeur extirpée, lavages et pansement antiseptiques. Sauf quelques douleurs postopératoires, la plaie se couvre dans les jours suivants de bourgeons et marche régulièrement vers la cicatrisation, qui est lente et n'est pas encore complète deux mois après l'opération. Les douleurs et les hémorragies n'ont pas reparu. L'examen de la tumeur a montré les caractères du carcinome ordinaire.

OZENNE.

Carcinoma Uteri prolapsi, par ULLMANN (*Wién. med. Presse*, *n*° 50, *p*. 1969, 1889).

Femme de 81 ans, ayant depuis 20 ans un prolapsus total de l'utérus. Au mois de mai 1889, ulcération puis hémorragies et douleurs vives.

On constate une inversion totale du vagin; l'utérus est tout entier en dehors du petit bassin et présente une ulcération qui mesure 5 centimètres de diamètre. Les ganglions ne sont pas tuméfiés. Il y a prolapsus du rectum et de l'urèthre.

L'auteur extirpe l'utérus, les ovaires et les trompes, et excise la plus grande partie du vagin. L'opérée guérit rapidement. La vessie reprend bientôt sa situation normale. La rétraction cicatricielle détermine la formation d'un vagin peu profond.

D'après Fritsch, l'utérus à l'état de prolapsus n'est presque jamais atteint de cancer. Kiwisch a la même opinion. Mayer a vu deux cas et Kaltenbach a opéré un cancer utérin dans ces conditions. L. GALLIARD.

I. — Beitrag zur Athmung abortiver Früchte (De la respiration des fœtus abortifs), par GLŒCKNER (*Centr. für Gyn.*, 4 *janvier* 1890).

II. — Athembewegung und Herzaktion asphyktischer Früchte (Mouvements respiratoires et activité cardiaque chez les fœtus asphyxiés), par SCHULTZE (*Ibidem*, 8 *février* 1890).

I. — Glöckner a eu occasion d'observer les manifestations de la vie chez trois produits de conception, aussitôt après l'avortement.

Les deux premiers, âgés de 15 semaines, pesaient 85 grammes et avaient l'un 17 et l'autre 16 centimètres de long; le troisième, âgé de 19 semaines, pesait 220 grammes et était long de 23 centimètres.

Chez ces trois fœtus, il y eut pendant un certain temps des mouvements respiratoires énergiques. Ils vécurent entre une demi-heure et une heure et demie.

A chaque inspiration, les battements du cœur s'accéléraient; chez l'un des fœtus, ils s'élevèrent de 90 à 140.

A l'ouverture du corps, on trouva les poumons absolument vides d'air. L'estomac ouvert sous l'eau contenait quelques bulles de gaz.

L'auteur insiste sur l'importance médico-légale de ces faits. Il pense que l'énergie plus grande des mouvements du cœur qui se produisait à chaque inspiration était due à ce que le sang qui circulait dans les vaisseaux des parois stomacales s'oxygénait au contact de l'air dégluti.

II. — Schultze considère l'explication précédente comme douteuse. Pour lui, c'est mécaniquement que les mouvements inspiratoires agissent sur le cœur et activent sa circulation. Les gros troncs veineux placés à l'entrée du thorax se distendent pendant l'inspiration et le cœur reçoit alors plus de sang : son activité augmente.

Cette action mécanique des mouvements respiratoires sur la circulation est très importante à connaître pour le choix de la méthode à employer pour ranimer les enfants asphyxiés.

Chez les nouveau-nés à terme présentant un léger degré d'asphyxie un seul mouvement inspiratoire peut suffire pour ramener la vie. Mais quand l'asphyxie est profonde ou quand l'enfant étant avant terme, ses poumons restent affaissés, les mouvements respiratoires spontanés, rares et espacés, ne suffisent pas à le ranimer.

Il faut avoir recours alors à la respiration artificielle. Or, l'insufflation

peut rendre des services ; elle permet de ranimer les enfants en état d'asphyxie même assez marquée. Mais lorsque l'asphyxie est profonde, lorsqu'elle est telle qu'il n'y a presque plus de différence entre la tension veineuse et la tension artérielle, l'insufflation devient insuffisante et y recourir, c'est perdre un temps précieux. Schultze recommande d'avoir recours à sa méthode de balancement, qui seule peut alors réussir. Dans ce procédé, les mouvements d'inspiration et d'expiration qu'on imprime au thorax exercent une action énergique sur la circulation du cœur et des gros vaisseaux, et l'enfant ne tarde pas à être rappelé à la vie. CH. MAYGRIER.

Ueber die Beziehung zwischen der schwangeren Gebärmutter... (Des rapports de l'imprégnation de l'utérus avec le nombre des globules blancs du sang de cet organe), par MOCHNATSCHEFF (*Arch. für Gyn., XXXVI*, 2).

Le but de ce travail a été de rechercher l'origine de l'augmentation du nombre des globules blancs dans le sang des femmes enceintes. Étant donnée la structure adénoïde de la muqueuse utérine pendant la grossesse, l'auteur s'est demandé si l'utérus gravide n'était pas un des centres de production des globules blancs. Il s'est livré à de nombreuses recherches de numération des globules d'après le procédé de Malassez, en comparant le sang de la circulation générale pris sur le doigt avec celui de l'utérus pris sur le museau de tanche. Contre son attente, il a trouvé que le sang pris sur le col utérin contenait moins de globules blancs que celui de la main ; mais ce fait n'a lieu que pendant l'état de repos de l'utérus, et il prouve seulement que les leucocytes accumulés dans l'utérus sont employés comme matériaux de nutrition pour la muqueuse et l'œuf ; car si on vient à provoquer une contraction utérine, le sang pris dans le col à ce moment devient plus riche en globules blancs que celui du doigt. La muqueuse utérine semble donc bien être l'origine d'une production abondante de globules blancs pendant la grossesse.

Une contraction utérine isolée n'exerce aucun retentissement sur la circulation générale, mais si les contractions se répètent et se suivent, comme pendant le travail, l'utérus chassant constamment un sang chargé de leucocytes, le nombre des globules blancs augmente notablement dans le reste du corps.

Malassez et d'autres auteurs ont déjà constaté cette augmentation du nombre des globules blancs pendant le travail. CH. MAYGRIER.

Ueber einen Fall von sackförmiger Erweiterung des hinteren unteren Gebärmutterabschnittes... (Dilatation sacciforme du segment postéro-inférieur de l'utérus gravide, produite par un fibrome), par DÜHRSSEN (*Centr. für Gyn.*, 21 *décembre* 1889).

Une femme de 40 ans, accouchée déjà six fois spontanément, est amenée dans le service de Gusserow, à Berlin, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. La grossesse actuelle a évolué normalement jusqu'au quatrième mois; à partir de ce moment, des douleurs et des pesanteurs abdominales se sont fait sentir, en même temps que de fréquentes envies d'uriner et de la dysurie.

L'examen donne les résultats suivants : ventre développé comme à six mois de grossesse environ. Le col, très difficilement accessible, est repoussé en haut et en avant par une tumeur qui remplit l'excavation, qui est fluctuante et dans laquelle on sent des parties fœtales ; cette tumeur est en con-

tinuité manifeste avec la tumeur abdominale. On élimine toute idée de grossesse ectopique, et le diagnostic posé est celui de *rétroversion partielle* de l'utérus.

Après une première tentative infructueuse de réduction, on arrive, sous le chloroforme, à redresser l'utérus qui remonte tout entier dans la cavité abdominale et s'élève alors jusqu'aux fausses côtes, laissant l'excavation entièrement libre. Mais, en même temps, on constate l'existence d'une tumeur de la grosseur du poing, attenante au bord gauche de l'utérus, fluctuante et qu'on suppose être un kyste para-ovarique. L'innocuité de l'ovariotomie pendant la grossesse décide Gusserow à intervenir. La laparotomie est pratiquée, et on reconnaît que la tumeur est constituée par un fibrome ramolli siégeant au-dessous des annexes gauches, dans l'épaisseur du ligament large et empiétant sur la face postérieure de l'utérus. Ablation de la tumeur, de la trompe et de l'ovaire gauches. Deux jours plus tard, l'opérée expulse un fœtus mort de 33 centimètres de long et du poids de 1,510 grammes. L'utérus est resté en antéflexion; l'involution s'est faite normalement. Guérison rapide.

Il s'agit, en réalité, dans cette observation, selon Dührssen, d'un développement sacciforme du segment inférieur de l'utérus produit par une tumeur fibreuse, et non d'un cas de rétroversion partielle de l'utérus gravide. Cette dernière appellation doit être réservée à ces faits rares où un utérus gravide rétroversé dès le début de la grossesse peut continuer à se développer en s'élevant partiellement au-dessus du détroit supérieur. Mais toutes les fois que le déplacement du segment postéro-inférieur de l'utérus dans l'excavation se produit à partir de cinq ou six mois de grossesse, c'est à une dilatation sacciforme qu'on a affaire.

CH. MAYGRIER.

Ueber Ursachen und Folgen des Eihautrisses in verschiedener Punkten (Causes et conséquences de la rupture des membranes), par EISENHART (*Arch. für Gyn.*, *XXXV*, 3).

Ce travail est basé sur des recherches de trois années faites à la Maternité de Munich sur un nombre de 2,289 accouchements. En voici les conclusions :

Chez les primipares comme chez les multipares, les membranes se rompent le plus souvent soit pendant la première période de l'accouchement, soit au cours de la seconde, soit enfin à la dilatation complète. — Chez les multipares, les membranes se rompent d'autant plus facilement que l'accouchement est plus éloigné, tandis que chez les primipares elles restent souvent intactes jusqu'au cours de la seconde période. —

La rupture hâtive des membranes est plus fréquente chez les primipares que chez les pluripares. — Chez les multipares de deux à cinq enfants, l'écoulement du liquide a lieu plus tard, c'est-à-dire à la fin de la première ou à la seconde période, que chez les multipares de plus de cinq enfants : il se produit alors avant la dilatation complète. — L'âge exerce une influence très évidente : chez les primipares jeunes, les membranes se rompent plus tardivement que chez les primipares âgées. — L'état général des parturientes n'a aucun rapport avec le moment de la rupture. — Chez les femmes à bassin rétréci, il y a souvent rupture précoce de la poche des eaux. — La rupture prématurée coïncide fréquemment avec les mauvaises présentations. — Le sexe de l'enfant n'exerce aucune action sur l'époque de la rupture : il n'en est pas de même de

son poids ; plus il est considérable, plus les membranes se rompent tardivement.

Dans la grossesse gémellaire et l'hydramnios, il y a deux fois plus souvent rupture prématurée que rupture normale. — Les hémorragies de la délivrance sont d'autant plus rares chez les primipares que la poche des eaux s'est rompue plus tardivement : c'est l'inverse chez les multipares. — On observe plus fréquemment de l'élévation de température pendant les suites de couches quand les membranes se sont rompues prématurément.

CH. MAYGRIER.

Ueber Hydramnios bei eineiigen Zwillingen (Hydramnios dans une grossesse gémellaire à œuf unique), par KRUSE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 88, 1890).

Femme de 41 ans, mère de 6 enfants, enceinte de 6 mois, ayant fait une chute à la fin de juin et s'étant remise, a eu subitement le 20 juillet une telle augmentation de volume du ventre que, souffrant de vives douleurs et d'une cruelle dyspnée, elle a dû entrer à la clinique de Greifswald le 26 juillet. On diagnostique la grossesse gémellaire avec hydramnios de l'un des œufs, et l'on provoque l'expulsion à l'aide d'une bougie, le 31 juillet. On évalue le liquide amniotique à 7 litres. Guérison rapide de l'accouchée.

Placenta unique. Deux fœtus inégaux. Le gros pèse 630 grammes et mesure 32 centimètres de long ; il est œdématié et présente de l'ascite et de l'hydropéricarde ; dilatation des uretères et hydronéphrose.

Le petit mesure 27 centimètres et pèse 460 grammes ; œdème, mais pas d'ascite.

Le placenta est divisé par l'insertion des deux amnios (le chorion est commun) en deux parties inégales dont l'une est double de l'autre. L'eau qu'on injecte dans l'une des veines ombilicales reflue dans l'autre, grâce à une anastomose veineuse au niveau de l'insertion placentaire. De même les artères ombilicales des deux fœtus sont mises en communication l'une avec l'autre.

Pas de vice de conformation des cœurs, pas de lésion des viscères.

L. GALLIARD.

Deux cas de rétention placentaire ; examen histologique, par CHAPUT (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 6, 10 *janvier* 1890).

Chaput rappelle que Doléris a soutenu l'opinion que les placentas retenus dans l'utérus subissent la mortification. Il a été conduit ainsi à examiner histologiquement deux placentas restés dans l'utérus, l'un deux mois après l'expulsion du fœtus, l'autre un mois après la mort de l'enfant, et qu'il a retirés par la curette. Il montre sur ses préparations que les villosités sont bien conservées, recouvertes même de leur épithélium normal ; les cellules sont bien modifiées dans quelques-uns de leurs caractères, mais on ne voit nulle part de mortification évidente ; elle doit cependant survenir par la suite, d'où résulte la nécessité du curetage.

A. BROCA.

Beiträge zur Lehre der Placentar-Verwachsung (Des adhérences anormales du placenta), par COHNSTEIN (*Arch. für Gyn.*, *XXXVI*, 3).

Cohnstein s'efforce de démontrer que les adhérences anormales du placenta sont sous la dépendance d'une endométrite. Il existe chez la

femme enceinte deux formes d'endométrite : l'une aiguë, la plus rare, qui se développe pendant la grossesse et amène l'expulsion prématurée du produit de conception; l'autre, la plus commune, est l'endométrite chronique, qui préexistait à la grossesse et subsiste après l'accouchement. Les avortements répétés, les maladies infectieuses, la syphilis, les néphrites, sont les causes de l'endométrite.

C'est par le mécanisme de l'endométrite qu'on peut comprendre : l'existence d'adhérences placentaires chez des femmes qui deviennent enceintes aussitôt après un avortement ; la prédisposition de certaines femmes à avoir habituellement des adhérences placentaires ; les alternatives d'avortement, de placenta prævia et d'adhérences placentaires qui s'observent chez la même femme... Le traitement rationnel consiste à soigner l'endométrite. On préviendra ainsi la production d'adhérences anormales, les avortements, l'insertion vicieuse et d'autres accidents puerpéraux. CH. MAYGRIER.

The treatment of the ruptured parturient uterus, par REED (*N. York med Journ., p.* 505, 9 *novembre* 1889).

Dans les cas de rupture de l'utérus, quand il y a présentation du sommet, il faut se hâter d'appliquer le forceps. On ne doit pas entreprendre de version ; si la présentation n'est pas favorable, il faut pratiquer l'opération césarienne.

Quand la rupture est incomplète, on peut se contenter d'irrigations antiseptiques.

Quand on a la certitude d'une rupture complète, il faut pratiquer la laparotomie le plus tôt possible : exploration de l'abdomen, ablation des corps étrangers, lavage du péritoine; si le travail a été court et l'utérus peu lésé, on fermera la plaie utérine ; si, au contraire, le travail a été long, si l'utérus est gravement lésé, on pratiquera l'hystérectomie.

L. GALLIARD.

I. — Ueber Dystokie in Folge fötaler Hydropsie, par LŒHLEIN (*Soc. méd. de Giessen*, 12 *novembre* 1889).

II. — Dégénérescence kystique des reins chez un fœtus hydropique du terme de huit mois. Cas grave de dystocie, par GUENIOT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 *avril* 1890).

I. — La dystocie a été causée, dans ce cas, par l'anasarque congénitale : ascite, hydrothorax, hydrorachis, œdème. Presque tous les viscères abdominaux étaient contenus dans le côté gauche du thorax. Après issue de la tête, le dégagement des épaules et du tronc a été rendu très difficile par le gonflement des téguments, puis par le développement du ventre. La peau était soulevée par de nombreuses bulles pemphigoïdes.

Il y avait hydropisie de l'amnios (7 à 8 litres) et le placenta était hypertrophié, pesant 1100 grammes.

On n'a pas trouvé d'antécédents syphilitiques. Le père était alcoolique. La mère âgée de 32 ans, déjà mère de cinq enfants, avait une lésion mitrale, avec œdème modéré et un peu d'albuminurie. L. GALLIARD.

II. — Secondipare de 23 ans, arrivée au huitième mois de la grossesse. Le bassin paraît normal. Dilatation complète; dégagement normal de la tête, mais, malgré des contractions suivies de l'utérus, les épaules n'avancent pas. On reconnaît, après dégagement artificiel des bras et après des tractions

inutiles, que l'abdomen, par son volume excessif, s'oppose à l'extraction du tronc. En vain on pratique dans l'hypocondre droit plusieurs ponctions, qui donnent issue à 60 grammes d'un liquide citrin; la section de la tête et du bras droit devient nécessaire, puis, avec des ciseaux, on fait une brèche au thorax pour terminer par l'éviscération. Grâce à cette opération, on parvient à extraire le foie et deux morceaux de tissu grisâtre appartenant à une masse solide; le reste du tronc est ensuite entraîné. L'autopsie du fœtus, qui était œdématié dans toutes ses parties et pesait 3490 grammes, fait découvrir l'existence de deux reins d'un volume énorme, s'étendant des hypocondres jusqu'aux crêtes iliaques : ils offrent un volume et un poids (360 gr. pour le rein droit et 280 gr. pour le rein gauche) seize fois plus considérables qu'à l'état normal. A la coupe on note une dégénérescence tellement étendue qu'on ne distingue plus la moindre trace de substance rénale; à l'examen histologique on reconnaît que ces masses rénales sont constituées par une multitude de petits kystes formés, les uns aux dépens des tubes excréteurs, les autres aux dépens des capsules des glomérules. OZENNE.

Un cas de rétention fœtale, par A. HERGOTT (*Revue médicale de l'Est*, n° 3, *p.* 65, 1890).

Chez une femme de 34 ans, par suite de l'existence d'un fibrome, le fœtus mourut et l'accouchement n'eut pas lieu; des accidents septiques nécessitèrent l'opération césarienne. Le placenta ne put être extrait à cause de son adhérence et du défaut de rétractilité des parois utérines. On sutura alors l'utérus à la paroi abdominale et grâce à des lavages au naphthol B, on put attendre, sans danger d'hémorragie, le décollement spontané du placenta, qui fut éliminé par fragments. LEFLAIVE.

I. — Eine seltene Verletzung des Kindes bei der Geburt (Lésion rare chez le fœtus pendant l'accouchement), par HEYDRICH (*Centr. für Gyn.*, 15 *février* 1890).

II. — Die Schultze'schen Schwingungen bei Verletzungen des Kindes (Influence du procédé de Schultze sur les lésions fœtales), par L. MEYER (*Ibidem*, 8 *mars* 1890).

I. — Il s'agit d'une lésion rare rencontrée chez un nouveau-né à la suite d'un accouchement par le siège qui avait nécessité le dégagement d'un bras et l'extraction de la tête. Cet enfant né en état de mort apparente fut ranimé par la méthode de Schultze (trois ou quatre mouvements d'oscillation); mais quelques heures après, on le trouva mort dans son berceau.

A l'autopsie, on constata un gonflement considérable du cou s'étendant depuis la face jusqu'à la huitième côte; au doigt on obtenait la crépitation caractéristique de l'emphysème. A l'ouverture de l'abdomen, le foie fut trouvé refoulé notablement en bas par le diaphragme très abaissé Dans le thorax, la plèvre droite était distendue par une quantité notable de gaz, et le poumon correspondant était aplati et presque entièrement atélectasié. Le poumon gauche était rempli d'air et normal. A la partie supérieure du poumon droit on découvrit une petite ouverture qui faisait communiquer la cavité pleurale avec la bronche droite.

On trouva en outre une fracture de la clavicule droite.

Heydrich admet que c'est au moment du dégagement du bras que la fracture de la clavicule s'est produite; les fragments ont lésé la plèvre costale et pulmonaire d'où développement du pneumothorax et de l'emphysème sous-cutané qui ont déterminé la mort de l'enfant.

II. — Le fait précédent fait émettre à L. Meyer des réserves sur la

pratique de Schultze pour ranimer les enfants nés en état de mort apparente. C'est surtout quand il existe des fractures de la clavicule ou du bras que les oscillations de Schultze peuvent devenir dangereuses; le premier traitement de toute fracture est l'immobilité, et les mouvements de respiration artificielle qu'on imprime à l'enfant peuvent, en déplaçant les fragments de la fracture, amener des lésions plus ou moins graves dans son voisinage. Aussi toutes les fois qu'un nouveau-né a une fracture, il faut, s'il y a lieu de le ranimer, s'abstenir de la méthode de Schultze et recourir à l'insufflation avec expression thoracique, qui donne d'excellents résultats. CH. MAYGRIER.

Ueber die Entbindungen mittels der Zange (Application de forceps pratiquées à la maternité de Dresde), par F. MÜNCHMEYER (*Arch. für Gyn.*, *XXXVI*, 1).

Le mémoire de Münchmeyer peut se résumer dans les propositions suivantes :

Sur 7322 accouchements, 206 ont été terminés avec le forceps; 187 fois le forceps fut appliqué dans l'excavation, et 19 fois au détroit supérieur. 7 femmes succombèrent, mais aucune aux suites de l'opération; 119 eurent à souffrir de graves lésions des parties molles.

Sur les 206 enfants, 35 moururent, 171 sortirent vivants.

Il faut bien savoir que l'application du forceps est la plus sanglante des opérations obstétricales, et cela en raison des lésions que détermine l'instrument.

Les applications au détroit supérieur doivent être évitées autant que possible : en tout cas elles ne seront pratiquées que par une main expérimentée, et après un examen attentif des dangers qu'elles peuvent entraîner.

Les applications même faciles peuvent produire des déchirures sérieuses du vagin et du col, sans lésions du périnée, et amener des hémorragies parfois mortelles.

Il faut limiter le nombre des applications de forceps. A la clinique de Dresde il n'en a été fait en 1887 que 27 sur 1387 accouchements, et en 1888 que 25 sur 1369.

Lorsqu'une hémorragie consécutive à une application de forceps continue après la délivrance et résiste aux moyens ordinaires, il faut songer à une déchirure du vagin et du col, rechercher avec soin le siège de la lésion, et faire immédiatement la suture de la plaie. CH. MAYGRIER.

I. — Ein Fall von Osteomalacie... (Un cas d'ostéomalacie : opération de Porro, guérison), par ZWEIFEL (*Centr. für Gyn.*, 11 *janvier* 1890).

II. — Zur Frage der Therapie bei Osteomalacie (Traitement de l'ostéomalacie) par FEHLING (*Ibidem*, 1er *février* 1890).

I. — Femme de 41 ans, ayant eu trois accouchements antérieurs, atteinte depuis cinq ans d'ostéomalacie ; cette affection est survenue au cours d'une grossesse. Actuellement, la malade est à terme, en travail ; les membranes sont rompues et le liquide s'écoule mélangé de méconium. L'enfant est mort et se présente transversalement la tête à gauche, le dos en arrière. Le bassin présente un degré de viciation extrême ; c'est à peine si le diamètre conjugué vrai mesure 5 centimètres.

L'accouchement par les voies naturelles est impossible; comme d'une part l'écoulement vaginal est fétide et qu'il paraît y avoir un début d'infection, et comme d'autre part la malade est ostéomalacique, on se décide à pratiquer non l'opération césarienne simple, mais l'opération de Porro.

Cette opération est faite avec toutes les modifications actuelles qui la rapprochent de la myomectomie : issue de l'utérus gravide hors de l'abdomen; ligature et section des ligaments larges; lien passé autour du col, puis ouverture de l'utérus; extraction d'un fœtus mort, mais encore frais; ablation de l'utérus et des annexes, enfin traitement minutieux du pédicule (cautérisation, suture séro-séreuse, etc.), qui est rentré dans l'abdomen.

L'opérée guérit sans complications; l'intervention est trop récente pour qu'on puisse apprécier les effets de la castration sur l'ostéomalacie.

A ce propos, l'auteur se demande si la castration proposée par Fehling pour guérir les ostéomalaciques est bien nécessaire et si la stérilisation simple de la femme, obtenue, par exemple, par la ligature des trompes, n'est pas suffisante. Au lieu de priver la femme de son sexe, il pense qu'on pourrait simplement la priver de l'aptitude à concevoir, car les grossesses amènent constamment une aggravation dans la marche de la maladie.

II. — A l'opinion émise par Zweifel, Fehling répond d'abord qu'il n'a pas seulement proposé de pratiquer la castration dans l'ostéomalacie, mais qu'il a mis cette opération à exécution huit fois déjà, et qu'il a été suivi avec succès dans cette voie par Hoffa, P. Müller, Winckel.

Dans deux cas, Fehling a opéré ses malades six mois après l'accouchement ; dans tous les autres, de 2 à 9 ans après les dernières suites de couches. Chez toutes ces femmes, la maladie allait en s'aggravant en dehors de toute grossesse. Il n'est donc pas possible d'admettre que c'est parce qu'on a supprimé chez elles l'aptitude à concevoir qu'elles ont guéri, car toutes ont guéri ou ont éprouvé une amélioration très notable après la castration. Il semble donc bien démontré que la guérison est due non à la stérilisation, comme le suppose Zweifel, mais bien à la suppression des ovaires, de leur activité et de leur influence sur l'organisme féminin tout entier. CH. MAYGRIER.

Les opérations césariennes à Philadelphie de 1835 à 1889, par Robert HARRIS (*Americ. J. of the med. sc., p.* 109, *février* 1890).

L'auteur distingue avec grand soin les diverses opérations qui à tort sont confondues sous le même nom d'opérations césariennes, réservant ce nom à l'ancienne opération classique, qui constitue une laparo-hystérotomie. L'opération de Porro est une laparo-hystérectomie, elle complète l'opération césarienne. Pour la grossesse extra-utérine, on fait une laparo-cystotomie ou cystectomie, et dans les cas de ruptures utérines une laparo-hystérectomie, méthode de traitement de Prévot, de Moscou.

Ces divisions ne sont pas inutiles, car certaines interventions sont beaucoup plus dangereuses que d'autres, et souvent dans les tableaux ou les statistiques, on se contente de faire un total sans distinction des diverses opérations.

Pour l'auteur, l'intervention hâtive et la rapidité opératoire jouent un rôle considérable dans le résultat définitif. Grâce à ces conditions, on

peut voir la crâniotomie perdre de jour en jour de ses partisans à mesure que la laparo-hystérotomie en gagne.

Les mauvais résultats sont ceux où l'on opère chez une femme épuisée par un travail prolongé ou une affection antérieure : cancer du col, abcès, carie ou ostéomalacie.

Si la femme est en bonne santé et qu'on puisse choisir le moment de l'intervention, il faut opérer quelques jours avant le terme exact de la grossesse. Dans ce cas la convalescence est rapide.

Les hémorragies après l'incision de l'utérus ne sont à redouter que lorsque l'on a sectionné le placenta placé sur la face antérieure de l'utérus. Comme la perte du sang favorise la septicité et qu'une atteinte de phlébite crurale peut prolonger la convalescence, il vaut mieux appliquer autour du col utérin un tube d'Esmarch, ou faire faire la compression du col par un aide vigoureux. Le tube favorise l'inertie utérine et doit être supprimé dès que l'utérus est revenu sur lui-même. Dans quelques cas, on pourra le laisser jusqu'à ce que l'on ait terminé les sutures de l'utérus.

Les chirurgiens de Philadelphie ouvrent généralement l'utérus in situ et ne le font sortir de l'abdomen que pour faciliter la suture de l'incision utérine. L'opération peut tout entière ne durer que 25 minutes.

L'incision de l'abdomen et de l'utérus, l'extraction de l'enfant dans un cas, n'ont pas demandé plus de 2 minutes ; mais la suture a pris au moins 5 ou 6 fois autant de temps. On conçoit tout l'avantage d'une opération rapide qui diminue le temps de l'anesthésie et aussi l'exposition de la cavité péritonéale.

Après les sutures que l'on fait profondes et superficielles, ces dernières par la méthode de Lembert, on fait le lavage à l'eau chaude du péritoine. Le drainage est inutile et dangereux. Le temps de la convalescence varie avec chaque cas. Dans une observation, l'auteur cite une malade qui, le neuvième jour, put, sans danger, faire un voyage de 200 milles.

L'opérée peut, sans inconvénient, si elle a du lait dès le troisième jour, nourrir son enfant.

La suture faite avec de la soie antiseptique n'est pas absorbée par le tissu utérin, mais elle peut s'enkyster sans donner lieu à aucun trouble, l'auteur lui préfère cependant le catgut chromiqué. On lui a reproché de faciliter la rupture utérine, si ultérieurement la femme, redevenant enceinte, présentait des contractions utérines. Cela est fort discutable.

Quant à l'existence d'un cancer du col ou du vagin, elle ne semble pas avoir d'influence sur la cicatrisation.

Les six dernières opérations furent faites à Philadelphie. Les six malades guérirent et les enfants vécurent.

Suit un tableau de 18 observations. F. VERCHÈRE.

I. — Zur Pathogenese der Tubenruptur bei Graviditas extrauterina, par KALTENBACH (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XVI*, 2).

II. — Pregnancy in the rudimentary horn of a bicornate uterus mistaken for tubal gestation, par P. MUNDÉ (*Amer. journ. of obst.*, *janvier* 1890).

III. — Four (4) cases of extra-uterine pregnancy, par TUTTLE (*Ibidem*, *janvier* 1890).

IV. — A case of extra-uterine pregnancy... , par MAC LEAN (*Ibidem, avril* 1890).

V. — A case of extra-uterine pregnancy , operation , recovery , par MAC MURTRY (*Ibidem, octobre* 1889).

VI. — Ueber zwei (2) primäre Laparotomie bei Graviditas extra-uterina, par E. BRAUN-FERNWALD (*Arch. für Gyn., XXXVII*, 2).

VII. — Zur operativen Behandlung der extra-uterin Schwangerschaft, par SPŒTH (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XVI*, 2).

VIII. — Subsequent behavior of cases of extra-uterine pregnancy treated by electricity, par A. BROTHERS (*Amer. journ. of obst., février* 1890).

I. — Femme de 30 ans, multipare; dernière grossesse il y a cinq ans. Depuis six semaines les règles ont cessé et les signes d'une grossesse nouvelle apparaissaient, lorsque éclatent brusquement des symptômes graves, douleurs abdominales, vertiges, vomissements, perte de connaissance. La femme est amenée à la clinique avec tous les signes d'une hémorragie interne. On ne peut que supposer la rupture d'une trompe gravide, car l'examen local très difficile ne donne aucun renseignement précis. Laparotomie immédiate. Des flots de sang s'écoulent de l'abdomen : à gauche de l'utérus, on trouve un caillot gros comme le poing au centre duquel est la trompe gauche rompue avec un œuf d'environ six semaines. Ablation et ligature de la trompe. La femme semblait se rétablir rapidement, lorsque au bout de trente-six heures elle succomba, après deux accès de collapsus.

A l'autopsie, on trouve une hémorragie de 300 grammes de sang environ dans l'excavation. Les ligatures sont solides. L'origine de cette hémorragie secondaire provient manifestement de la rupture de cordons pseudo-membraneux très vasculaires, s'étendant de la face postérieure de l'utérus et de la trompe vers la cavité de Douglas. Ces pseudo-membranes préexistaient à la grossesse et sont évidemment les restes d'une péritonite puerpérale antérieure.

Il y a donc lieu d'admettre plusieurs mécanismes dans la rupture de la trompe gravide. Indépendamment de son amincissement et de sa distension croissante, qui amènent à un moment donné son éclatement, la trompe peut se rompre sous l'action des tiraillements exercés sur ses parois par des brides pseudo-membraneuses accidentelles qui la font adhérer aux parties voisines.

II. — Il s'agit d'une femme enceinte de quatre mois qui souffrait du ventre depuis un mois. Pertes de sang fréquentes, et expulsion de débris membraneux. Les accidents s'aggravant, et l'examen ayant fait admettre l'existence d'une grossesse extra-utérine avec menaces de rupture, Mundé fait la laparotomie. Il est très étonné de ne trouver qu'une tumeur lisse analogue à un utérus gravide. Cependant l'introduction d'une sonde dans la cavité utérine s'enfonçait à gauche, et la tumeur est à droite. Craignant une grossesse interstitielle, il fait l'aspiration du liquide amniotique, puis attire l'utérus au dehors avec l'intention de l'inciser, d'extraire l'œuf et de suturer. Mais une fois l'utérus hors de l'abdomen, on constate que la sonde introduite de nouveau pénètre cette fois à droite, et on rencontre une cloison qui sépare l'utérus en deux ; il s'agit simplement d'un utérus bicorne. L'utérus est réintégré intact dans le ventre. La femme expulse dans la nuit un fœtus mort. Malgré cet avortement elle se rétablit rapidement.

III. — 1° Femme de 20 ans ; une fausse couche antérieure. Actuellement, début de grossesse, mais douleurs abdominales vives, pertes de sang, etc... A l'examen, on trouve l'utérus mou, un peu gros, en antéflexion ; à gauche,

une tumeur manifestement distincte de l'utérus. On diagnostique une grossesse tubaire. Un traitement de plusieurs jours par l'électricité n'ayant amené aucune diminution, on fait la laparotomie. Extirpation pénible de la tumeur tout entière, malgré ses adhérences aux parties voisines. L'examen de la pièce confirme le diagnostic. C'est un kyste fœtal tubaire de 4 mois environ. Guérison.

2° Femme de 27 ans. Un accouchement à terme et deux fausses couches. Une nouvelle grossesse commence, lorsque au bout de deux mois survient une perte sanguine abondante avec expulsion d'une masse membraneuse. Laparotomie. On tombe sur une trompe gravide rompue ; on ne peut trouver l'embryon ; excision de la trompe et ligature. Guérison.

3° Femme de 26 ans ; deux accouchements antérieurs. Depuis le dernier, douleurs constantes dans le ventre et leucorrhée. En même temps, une tumeur du volume d'un œuf, fluctuante et douloureuse, est sentie à droite de l'utérus. La malade reste plusieurs mois très souffrante, ayant à plusieurs reprises des hémorragies abondantes, des crises de douleurs dans le bas-ventre, des vomissements, des syncopes. On porte le diagnostic de pyo-salpingite probable. Opération. Ablation des annexes de gauche et de droite. En examinant la trompe droite, on y trouve un embryon en voie de désorganisation. Il s'agissait donc d'une grossesse tubaire avec mort et rétention de l'embryon. L'opérée guérit.

4° Femme de 32 ans, ayant eu 3 enfants. Une grossesse nouvelle s'accompagne bientôt de douleurs abdominales extrêmes, de nausées et de vomissements, de dysurie et de ténesme anal. En même temps, une tumeur se développe dans la fosse iliaque droite. Les accidents gravides continuent ; la fièvre survien ; la malade maigrit considérablement. Elle entre à l'hôpital, où on l'opère, pensant à une grossesse extra-utérine. On trouve en effet un kyste fœtal, mais adhérent à tel point qu'on doit en laisser une partie accolée au côlon. La tumeur est remplie de caillots ; on y constate les traces du placenta, mais pas d'embryon. La malade guérit en trois semaines.

IV. — Une femme de 24 ans, ayant eu 2 enfants à terme, est enceinte pour la troisième fois. A l'époque du terme, elle ressent les douleurs, mais n'accouche pas ; elle perd un peu de sang et cesse de sentir les mouvements de son enfant. Mac Lean constate à l'examen que le ventre est rempli par une tumeur arrondie, fluctuante, dans laquelle on sent difficilement des parties fœtales. L'utérus est petit et facilement trouvé en avant et à gauche de la tumeur. Diagnostic : grossesse extra-utérine, enfant à terme, mort depuis 3 mois. Laparotomie : extraction d'un fœtus de 7 livres 3/4. Le placenta est enlevé morceaux par morceaux, sans hémorragie. Le sac très adhérent est laissé en partie et suturé au péritoine pariétal et à la paroi abdominale. Drainage. Lavages fréquents du sac, pansements antiseptiques. Au bout de 15 jours le drain est retiré. La malade se lève trois semaines après l'opération.

V. — Il s'agit d'une femme de 28 ans, accouchée une fois normalement, qui voit ses règles cesser de nouveau et éprouve les premiers symptômes d'une seconde grossesse. Au bout de 4 à 5 semaines, éclatent de violentes douleurs dans le ventre, et une hémorragie abondante se produit ; ces accidents se prolongent une semaine, puis s'amendent pendant quelques jours. Mais une nouvelle crise survient, et à l'examen de Mac Murtry la femme est pâle, très affaiblie, vomit constamment, a le pouls très rapide. Laparotomie. Hémorragie abdominale abondante. On trouve la trompe droite rompue et l'embryon. Ablation de la trompe, suture, guérison.

VI. — E. Braun-Fernwald rapporte deux cas de grossesse extra-utérine arrivée à terme avec enfant vivant, dans lesquels il a pratiqué la laparotomie primitive.

Cette opération a toujours été jusqu'à présent très grave pour la mère. Harris en a réuni 30 cas : dans les 20 premiers, jusqu'à l'année 1880, 1 mère seule a guéri; dans les 10 autres, opérés depuis 1881, 4 mères ont pu être sauvées.

Le grand danger de la laparotomie primitive réside dans le placenta, dont le décollement donne lieu à de formidables hémorragies. Braun insiste sur ce point qu'il considère comme le plus important : après l'extraction du fœtus, il faut bien se garder de décoller le placenta avant d'avoir soigneusement placé des ligatures sur les gros vaisseaux de sa surface d'insertion.

Dans sa première opération, il a extrait l'enfant vivant, et décollé le placenta sans avoir pris cette précaution; il n'a suturé la surface d'insertion placentaire qu'après l'extraction du délivre. La femme a eu une hémorragie à laquelle elle n'a pu survivre.

Dans le second cas, après extraction de l'enfant vivant, il a suturé les gros vaisseaux qui se rendaient au placenta, et a procédé ensuite au décollement du délivre qui s'est accompli sans hémorragie. La malade a guéri sans complications.

VII. — Spæth rapporte 4 observations de grossesse extra-utérine dans lesquelles il est intervenu par la laparotomie. Trois de ses opérées ont guéri; elles étaient dans les premiers mois de leur grossesse. La quatrième, presque à terme, infectée avant l'intervention, a succombé; l'enfant extrait vivant n'a pas survécu.

Le traitement de la grossesse extra-utérine doit être envisagé dans trois cas différents :

1° Quand l'enfant est encore vivant. Dans ce cas, quand la grossesse est reconnue avant la fin de sa première moitié, il faut opérer aussitôt que possible. Passé ce terme, il faut recourir à l'expectation et attendre la mort de l'enfant;

2° Quand l'enfant est mort. L'expectation pourrait être conseillée, car le kyste fœtal peut se calcifier et la formation d'un lithopédion est une terminaison favorable. Cependant il faut tenir compte de ce fait que les lithopédions même ne mettent pas les femmes à l'abri d'accidents tardifs et parfois très graves. D'autre part, lorsque après la mort du fœtus il survient des troubles sérieux, des douleurs constantes, etc., une intervention s'impose;

3° Quand il y a eu rupture. Alors l'hésitation n'est plus permise, si le diagnostic de la rupture est bien posé. C'est en opérant immédiatement qu'on donne à la femme les plus grandes chances de salut.

VIII. — Après avoir ajouté une nouvelle série de 10 cas de grossesse extra-utérine traités avec succès par l'électricité aux 43 cas qu'il a déjà publiés (Voy. *R. S. M.*, XXXIII, p. 154), Brothers expose le résultat des recherches qu'il a entreprises pour connaître le sort ultérieur de toutes ces malades. Il a pu arriver à établir l'état actuel de 25 de ces femmes. Sur ces 25 opérées, 14 au moins l'ont été depuis plus de 3 ans. Chez 8 d'entre elles le dernier examen a permis de constater l'existence persistante d'une tumeur abdominale; chez 9 autres, l'examen n'a pu être fait; chez les 8 dernières, cet examen est resté négatif. Toutes sont en excellent état de santé.

Étant donnés ces résultats, Brothers conclut ainsi à l'égard du traitement électrique :

1° Le danger de rompre le sac et de déterminer une hémorragie interne est à peu près nul. Si le fait s'est produit entre les mains de Janvrin, c'est que la rupture existait déjà avant l'application de l'électricité;

2° La suppuration ne s'est jamais emparée de la masse fœtale quand le traitement électrique a été appliqué avant le troisième mois;

3° Passé 3 ou 4 mois, on ne doit plus recourir à l'électricité;

4° L'électro-puncture ne doit être employée dans aucun cas;

5° Dans les cas de diagnostic erroné, le traitement électrique n'offre aucun danger.

6° Sous l'influence du galvanisme ou du faradisme, une grossesse extra-utérine à son début est arrêtée dans son développement et peut disparaître complètement. Les masses indurées qui persistent parfois ne déterminent aucun accident. CH. MAYGRIER.

I. — Tubal pregnancy (Grossesse tubaire), par LUSK (*N. York med. journ.*, *p.* 421, 19 *octobre* 1889).

II. — Fall von Bauchhœhlenschwangerschaft im X Monate, geheilt durch Laparotomie (Grossesse abdominale au 10e mois; laparotomie, guérison), par WYDER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 24, *p.* 758, 15 *décembre* 1889).

III. — Grossesse tubaire. Rupture ancienne de la trompe; passage du fœtus dans le péritoine. Ablation du fœtus et de la trompe par la laparotomie. Guérison, par POLAILLON (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 29 *avril* 1890).

I. — Dans ces deux cas de grossesse tubaire, la laparotomie a été pratiquée après la rupture; l'une des opérées a guéri, l'autre a succombé le huitième jour.

1° Femme de 10 ans, mariée depuis trois ans, ayant mis au monde un enfant mort; les règles ont manqué deux fois. Du 11 au 18 novembre 1888, coliques, accès douloureux quotidiens; le 18, signes d'hémorragie interne, syncope. On trouve une tumeur à gauche de l'utérus le 10, et le diagnostic de grossesse tubaire rompue est posé. Le 20, expulsion d'une caduque. Le 21, laparotomie. On enlève du sang noir et des caillots qui remplissent la cavité pelvienne, extirpation des annexes du côté gauche, ligature, irrigation. La trompe et l'ovaire du côté droit sont indemnes. Drainage, pansement antiseptique. Après quelques hémorragies par le tube, l'opérée guérit.

La trompe contenait un embryon de six semaines.

2° Femme de 36 ans, ayant eu 9 enfants à terme et deux fausses couches, atteinte de violentes coliques suivies de syncope le 31 mai. Le 1er juin, grande prostration, anémie externe. Laparotomie le 2 juin. On trouve une grande quantité de caillots et l'on extirpe la trompe gauche rompue et contenant un embryon de quatre semaines.

Opération facile, l'opérée se remet vite; mais on trouve bientôt de l'albumine dans l'urine. Urémie et mort le huitième jour. L. GALLIARD.

II. — Femme de 37 ans, ayant eu deux accouchements, le dernier, il y a 8 ans, suivi de phénomènes d'infection puerpérale (frissons, douleurs abdominales). Au commencement de septembre 1888, forte hémorragie après deux mois d'aménorrhée; dès lors, les règles n'ont pas reparu. Séjour prolongé au lit, occasionné par de vives douleurs abdominales. A la fin de janvier, la femme

perçoit des mouvements fœtaux qui cessent à partir du 16 avril. Douleurs continues dès lors.

A gauche de l'utérus, qui est vide, on sent une tumeur plus grosse qu'une tête d'homme, obscurément fluctuante, à surface lisse, un peu mobile; plus à droite et séparée par un léger sillon se trouve une autre tumeur également mobile, à contours irréguliers et impossibles à délimiter. Cette deuxième tumeur remonte plus haut. L'une et l'autre, reconnaissables aussi par l'exploration interne, semblent en rapport avec l'utérus.

Laparotomie le 6 juillet 1889. Au milieu des anses intestinales un fœtus à terme, un peu momifié, dont toute la surface du corps est fixée aux organes voisins (intestins, épiploon, péritoine pelvien) par une couenne fibrineuse, très résistante en certains points. La tête, placée dans la moitié droite du bassin, avait, avec le kyste fœtal situé à gauche, refoulé en avant l'utérus et le ligament large. Isolément du fœtus de ses adhérences. Excision d'un tronçon volumineux du grand épiploon. Le cordon ombilical se rendait à la tumeur, grosse comme une tête d'homme, placée à gauche et qui, libre en majeure partie dans la cavité abdominale, offrait quelques adhérences en arrière avec le rectum, en avant avec le feuillet postérieur du ligament large, en haut avec la vessie. Cette tumeur comprenait le placenta et les membranes de l'œuf juxtaposé intimement à lui.

A la face extérieure, on voyait la trompe parfaitement intacte. Le dégagement de la tumeur de ses adhérences fut très pénible.

Tamponnement avec la gaze iodoformée de la cavité occupée par la tête et de l'excavation vésico-utérine, vu l'hémorragie en nappe incoercible. Fermeture de la plaie abdominale, sauf au niveau de son angle inférieur, qui donne passage à la gaze iodoformée.

Dans les quatre premiers jours, légers phénomènes d'intoxication qu'on fait cesser en retirant la gaze iodoformée. Guérison.

Il s'agit évidemment ici d'une grossesse extra-utérine abdominale primitive, avec rupture du kyste fœtal et issue de l'enfant dans la cavité péritonéale. J. B.

III. — Femme de 26 ans, ayant eu quatre mois auparavant des symptômes de péritonite et offrant actuellement des douleurs abdominales et une tumeur siégeant dans le ligament large droit. La laparotomie est pratiquée. Sous l'épiploon et les anses intestinales, on trouve un fœtus, momifié et aplati, d'environ deux mois et demi, libre dans la cavité péritonéale. A côté de lui se voit la trompe distendue par le placenta et par des caillots noirs non putréfiés, après extraction de ces caillots et du placenta, ablation de la trompe, toilette du péritoine et suture de l'abdomen. Guérison rapide. OZENNE.

Antisepsie obstétricale, par BUDIN (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 4 *et* 11 *février* 1890).

Budin, après avoir établi que, dans tous les pays, on s'efforce actuellement, en ayant recours aux antiseptiques, de supprimer les causes d'infection et de faire disparaître les épidémies de fièvre puerpérale dans la pratique des sages-femmes, passe en revue la valeur des différents antiseptiques, et, jugeant qu'à plusieurs points de vue il y a avantage à n'en employer qu'un seul, il demande que les pharmaciens soient autorisés à délivrer aux sages-femmes de la vaseline au sublimé à 1 pour 1,000 et des paquets de sublimé contenant chacun 25 centigrammes du médicament pour un litre d'eau, et portant une étiquette avec le mot : Toxique.

Dans la discussion de ce rapport, Laborde préférait que l'on proposât l'emploi du sublimé en solution colorée avec le bleu de Perkins, et contenant une certaine dose de sulfate de cuivre, qui agirait rapidement comme vomitif, en cas de méprise.

Gueniot reconnaît qu'il y a lieu de se servir absolument d'un antiseptique, mais il ne peut souscrire au choix du sublimé, parce qu'il est l'un des toxiques les plus violents. Il lui paraît préférable de recommander l'acide phénique et le thymol.

Charpentier est d'avis que les sages-femmes doivent s'astreindre aux règles les plus strictes de l'asepsie et de l'antisepsie. Le choix de l'antiseptique doit être laissé à leur libre disposition. Responsables des accidents qui peuvent survenir dans leur clientèle par leur faute, elles sont passibles, dans ce cas, d'une punition.

Après cette discussion, l'Académie vote les propositions suivantes : Il est indispensable de permettre aux sages-femmes l'emploi de substances qui peuvent empêcher la propagation des maladies puerpérales. Pour plus de simplicité et pour éviter les erreurs, les sages-femmes ne devront recourir qu'à un seul antiseptique, le sublimé, dont la dose sera toujours la même (0,25 cent. par paquet pour un litre). OZENNE.

Ueber den antiseptiche Werth der Essigsäure in der Geburtshülfe (Valeur de l'acide acétique comme désinfectant obstétrical), par R. SCHÆFFER (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 3, p. 48, 20 janvier* 1890).

Battlehner a proposé de substituer à l'acide phénique le vinaigre, dans les lavages antiseptiques du vagin et de l'utérus. Il se basait pour cela sur les expériences d'Engelmann (*Centralblatt für klin. Med.*, 1886, n° 14, et *Deutsche med. Woch.*, n° 46), d'où il résulte que les propriétés antiseptiques du vinaigre dépassent celles de l'acide phénique. Comme le vinaigre offre en outre sur l'acide phénique le double avantage d'être inoffensif et de se trouver toujours sous la main, il y aurait en effet utilité à l'employer en obstétrique, une fois ses propriétés antiseptiques bien constatées.

Mais le procédé expérimental d'Engelmann n'est pas irréprochable. Il ne s'est pas servi de cultures pures et ne s'est pas prémuni contre la possibilité du transport de parcelles du désinfectant.

En reprenant les expériences d'Engelmann, Schæffer s'est efforcé de remédier aux critiques qu'il lui fait. Il a opéré sur des cultures pures de spores charbonneuses et de staphylocoque pyogène doré; puis il a eu soin de neutraliser l'antiseptique avant d'entreprendre les cultures d'épreuve.

Il est ainsi arrivé aux résultats suivants :

Il faut 20 jours à une solution d'acide acétique à 5 1/2 pour cent (qui représente assez bien le vinaigre de cuisine) pour détruire les spores charbonneuses que l'acide phénique à 5 0/0 tue en 36 heures; autrement dit, relativement aux spores du charbon, l'acide phénique est un désinfectant 15 fois plus énergique que le vinaigre.

Il faut 7 heures à une solution d'acide acétique à 5 pour cent pour détruire le staphylocoque pyogène doré que la solution d'acide phénique à 3 pour cent tue en 2 minutes; autrement dit, l'acide phénique à 3 0/0 est un désinfectant 210 fois plus énergique que l'acide acétique à 5 0/0 à l'égard du microorganisme de la suppuration.

D'autre part, la solution phéniquée à 5 0/0 le détruit constamment au bout d'une minute, c'est-à-dire qu'à proportions égales l'acide phénique est 420 fois supérieur à l'acide acétique. J. B.

MALADIES DES ENFANTS.

I. — **Une épidémie de rubéole, par ARNOZAN** (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 *décembre* 1889).

II. — **De la rubéole, par JUHEL-RÉNOY** (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 *mars* 1890).

III. — **De la rubéole et de la roséole, par TALAMON** (*Ibidem*, *mars* 1890).

I. — Arnozan vient d'observer dans un pensionnat comptant une centaine d'élèves 30 cas de rubéole, ayant évolué en 20 jours, et ayant offert les caractères cliniques suivants : 1° une période d'invasion, variant de quelques heures à un jour, marquée par les symptômes : céphalalgie légère, congestion très légère aussi des muqueuses nasale et conjonctivale, engorgement des ganglions rétro-cervicaux et cervicaux; 2° une période d'éruption, dans laquelle un exanthème polymorphe, à la fois roséolique et papuleux, apparaît à la face et s'étend rapidement sur le reste du corps en y perdant peu à peu ses caractères origineis; 3° une période de desquamation fugace et à peine perceptible. La maladie a évolué sans fièvre. OZENNE.

II. — J.-R. rapporte 6 cas de rubéole, dont les 4 derniers ont évolué sous forme épidémique, et atteint des enfants d'une même famille. 4 de ces enfants avaient eu antérieurement rougeole et scarlatine. L'école où allaient ces 4 enfants rubéolisés a présenté aussi 12 autres cas, observés par d'autres médecins. Il admet que l'incubation dure 15 jours, que les caractères de l'éruption sont le polymorphisme avec prédominance du type morbillo-scarlatiniforme, apparition brusque, catarrhe des muqueuses exceptionnel, adénopathie constante, quelquefois précédant de 8 jours l'éruption. H. L.

III. — Talamon insiste sur la fréquence des phénomènes d'irritation des muqueuses dans la rubéole; le plus souvent, c'est une angine avec rougeur et gonflement des amygdales, du voile du palais et de la luette, mais moins foncée que celle de la scarlatine; d'autres fois, il y a coryza, conjonctivite, larmoiement, toux comme dans la rougeole.

Il oppose la roséole fébrile de Trousseau caractérisée par des taches d'un rose pâle, arrondies, simples macules, fugaces, sans catarrhes muqueux, à la rubéole, qui est polymorphe et papuleuse, à exanthème tenace; le catarrhe de la rubéole est contemporain de l'exanthème et ne le précède pas comme dans la rougeole.

Chantemesse a observé un cas où au contraire les manifestations muqueuses ont précédé de plusieurs jours l'éruption cutanée. H. L.

I. — Zur Uebertragung der Aphthenseuche auf Kinder (Cas de fièvre aphteuse chez l'enfant), par WEISSENBERG (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 3, p. 61, 20 janvier 1890*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem, p. 63*).

I. — Weissenberg publie l'observation suivante comme exemple de transmission de la cocotte à l'homme :

Un de ses petits garçons, âgé de 7 ans, robuste et bien portant, se réveilla, un matin d'octobre, en se plaignant de douleurs dans la tête et les membres, de vives démangeaisons, d'une grande lassitude et d'une soif intense. Dans le cours de la journée, il eut des vomissements, de la diarrhée, de grands frissons répétés, avec une température de 39°,5. Ses extrémités étaient froides, la tête ardente, la langue saburrale, l'haleine fétide, les lèvres et la muqueuse buccale chaudes et rouges sans rien dans la gorge ni aucune éruption cutanée. Cet état dura sans changements deux ou trois jours, puis brusquement, en même temps que la fièvre cessait, se fit une éruption de vésicules blanchâtres à la face interne des lèvres, de la muqueuse génienne ainsi que sur les bords de la pointe de la langue. Plus tard des vésicules identiques apparurent aux commissures buccales, aux narines, à la face palmaire des avant-bras et de deux doigts. Les vésicules de la muqueuse buccale étaient disposées comme des rangées de perles; leur volume variait d'une tête d'épingle à un pois ; leur contenu, d'abord clair et séreux, se troubla ultérieurement. Sur les mains, elles ressemblaient à de petites phlyctènes. Les lèvres, de plus en plus gonflées et difformes, se renversèrent en dehors, la langue augmenta de volume et la parole fut très gênée. En même temps, il y avait une salivation profuse. Le moindre mouvement des lèvres s'accompagnait de douleurs telles que l'enfant ne voulait prendre ni aliments ni boissons. Au bout de deux jours, les vésicules se rompirent en laissant de petites surfaces érodées et saignantes. Le pourtour de la bouche et la salive étaient sanguinolents. La cavité buccale était encore plus douloureuse que les jours précédents. Mais les érosions se réparèrent rapidement sans former de cicatrices, et au bout de dix jours la guérison était parfaite.

La fièvre aphteuse sévissait alors sur les vacheries de Berlin. Comme la famille de Weissenberg logeait en ce moment dans un hôtel, il ne fut pas possible de connaître la provenance du lait, mais en tout cas ce lait avait une saveur désagréable, ainsi qu'on l'a signalé dans la cocotte ; son goût était même assez mauvais pour que l'autre enfant de Weissenberg ait refusé d'en boire, ce qui explique peut-être pourquoi il n'est pas tombé malade.

Qu'il ne s'agisse pas ici d'une stomatite aphteuse vulgaire, c'est ce que démontrent la nature et les localisations de l'éruption. Il résulte des travaux de Bohn, Henoch, Baginsky, Fraenkel (*R. S. M.*, XXXII, 534, et XXXIII, 39), que les aphtes, au lieu de résulter d'un soulèvement de l'épithélium par des gouttelettes liquides comme les vésicules, sont des exsudats fibrineux sous-épithéliaux, qui ne contiennent jamais de liquide. Les aphtes se produisent par poussées qui prolongent l'affection; jamais on n'en voit siéger sur les membres.

II. — *A. Baginsky* hésite à ranger l'observation de Weissenberg parmi les cas très rares de transmission à l'homme de la fièvre aphteuse, en l'absence de tout renseignement sur la provenance du lait et même sur son mode de consommation, à l'état cru ou au contraire cuit. La symptomalogie, encore mal connue, de cette zoonose est insuffisante pour en faire le diagnostic.

Henoch au contraire trouve que, par exclusion, Weissenberg était autorisé à diagnostiquer une stomatite infectieuse, car dans plusieurs centaines d'aphtes ou d'herpès de la face observés par Henoch, il n'en a jamais noté sur les mains. En joignant cela à la fièvre prodromique qui avait tous les caractères d'une maladie infectieuse, Henoch est très enclin à considérer ce fait comme un exemple de fièvre aphteuse chez l'homme. (*R. M. S.*, XXXII, 501 et 534.) J. B.

The surgical treatment of erysipelas in children, par SEIBERT (*N. York med. journ.*, *p.* 430, 19 *octobre* 1889).

Chez trois enfants, âgés de 13 mois, 3 ans 1/2 et 5 ans, l'auteur a traité avec succès l'érysipèle par la méthode de Riedel-Kraske. L'érysipèle était localisé à l'un des membres inférieurs. L'auteur a employé, après les scarifications de la peau, la solution de sublimé à 1/2,000. L. GALLIARD.

Contribuzione allo studio della infezione pneumonica congenita, par A. VITI (*La Riforma medica*, 26 *et* 28 *avril* 1890).

A l'autopsie d'un fœtus à terme, mort 67 heures après la naissance, Viti a trouvé une hépatisation rouge du poumon gauche avec fausses membranes pleurales fibrineuses abondantes, une péricardite fibrineuse, une congestion intense de tout le péritoine avec prédominance sur le feuillet viscéral et léger exsudat fibrineux, une tuméfaction congestive de la rate. Dans le sang, dans l'exsudat pulmonaire, dans la pulpe splénique et dans les exsudats des séreuses, il a constaté la présence d'un diplocoque lancéolé, sans mélange d'aucun autre microcoque.

La mère, atteinte d'influenza, avait succombé à une pneumonie lobaire double 30 heures après être accouchée. GEORGES THIBIERGE.

Bakteriologischer Beitrag sur Ætiologie der Pneumonien im Kindesalter (**Contribution bactériologique à l'étiologie des pneumonies dans l'enfance**), **par NEUMANN** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *Band XXX*, *Heft* 9, 1889).

Le pneumocoque de Fränkel-Weichselbaum est aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte le bacille pathogène de la pneumonie fibrineuse. On le rencontre aussi dans la plupart des cas de broncho-pneumonie. Comme chez l'adulte le pneumocoque se rencontre chez l'enfant dans les crachats, dans la sécrétion buccale et pharyngienne, et devient plus que chez le premier un signe diagnostique d'une très grande valeur. Dans des cas très rares on ne le rencontre pas dans les produits de l'expectoration. BARBE.

Anatomie-pathologique et mode de développement du rétrécissement mitral chez les enfants, par Ernest SAMSOM (*Americ. j. of the med. sc.*, *p.* 229, *mars* 1890).

Les cas étudiés se rapportent à des enfants de douze ans ou au-dessous. Jusqu'à ce jour cette lésion a été brièvement signalée dans les traités spéciaux des maladies de l'enfance. — Une analyse minutieuse, portant sur 40 cas où le diagnostic fut porté d'après les signes physiques et sur 90 cas où il fut fait à l'autopsie, permet d'affirmer la fréquence de cette affection chez l'enfant.

Au point de vue anatomo-pathologique on peut diviser les cas en deux

classes : ceux où le rétrécissement est peu marqué, c'est la lésion à son début; ceux au contraire où l'occlusion permanente est plus ou moins complète.

Les faits du premier groupe sont au nombre de 10. Dans le cas le plus léger de rétrécissement on trouvait une série de végétations autour de l'orifice auriculo-ventriculaire, plus ou moins adhérentes et friables, ou faciles à détacher, et couvertes de caillots fibrineux. Au-dessus se trouvait un épaississement fibreux plus ou moins étendu vers la valve ou les cordages tendineux. Dans 5 de ces cas le ventricule droit était très dilaté ainsi que l'orifice gauche dans un cas. — Dans quelques cas venaient s'ajouter des malformations congénitales du cœur.

Les faits de rétrécissement marqué sont au nombre de 9. Dans tous ces cas, sauf un, l'orifice mitral était infundibuliforme. — Les valves étaient fusionnées à leur périphérie, épaissies, et cet épaississement s'étendait aux fibres tendineuses qui se trouvaient raccourcies. — L'endocarde du ventricule gauche était lui-même épaissi, et dans deux cas il en était de même des valvules sigmoïdes de l'aorte, sans qu'elles fussent insuffisantes. — Une autre forme de rétrécissement beaucoup plus rare chez les enfants, c'est la forme en boutonnière : 1 contre 8. La proportion est toute différente chez l'adulte, 46 contre 1 en entonnoir.

Ce rétrécissement de l'enfant est dû dans la presque totalité des cas à l'endocardite et très souvent accompagné de péricardite. — C'est au rhumatisme qu'il faut rapporter ces lésions, et sur 40 enfants atteints de rétrécissement mitral on en trouve 9, ayant eu la chorée vraie, 2 une hémichorée droite et 2 une hémichorée gauche. Ce sont les seules affections du système nerveux signalées. Quant à la marche, elle est souvent insidieuse, et aucune manifestation rhumatismale dans nombre de cas n'attire l'attention du côté du cœur. Par contre une attaque de rhumatisme aiguë ou subaiguë peut marquer le début, sans qu'il y ait un rapport certain entre l'intensité du rhumatisme et l'apparition de l'endocardite, qui peut être la seule manifestation rhumatismale. F. VERCHÈRE.

De la pseudo-méningite grippale, par SEVESTRE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *mars* 1890).

Il s'agit d'une enfant de trois ans et demi qui tombe malade le 15 décembre et perd l'appétit ; du 18 au 21 elle reste couchée et constipée, et se plaint de douleurs dans les oreilles. Le 21, fièvre intense avec quelques vomissements alimentaires. Le 22, torpeur, fièvre, oscillant de 39,8 à 41,4 ; le 23, coma, mâchonnement, cris fréquents, soif ardente, vomit tout ce qu'elle boit, constipation ; le 24, T. 41,2, dans la journée, elle garde l'antipyrine, et on fait 3 injections de chlorhydrate de quinine. T. 38, 6.

Le 25, chute de la fièvre, l'enfant se rétablit lentement. H. L.

Ein Fall von Noma, par GRAWITZ (*Soc. méd. de Greifswald*, 10 *janvier* 1890).

L'auteur a fait l'autopsie d'une fillette de 2 ans qui a succombé au noma consécutif à la fièvre typhoïde. Les plaques de Peyer ne présentaient plus qu'une teinte ardoisée.

En faisant des coupes sur le voile du palais qui contient des parties vivantes et des parties nécrosées, l'auteur constate que dans ces dernières il n'y a plus trace d'éléments anatomiques, mais une quantité de bacilles et de longs filaments. Les bacilles appartiennent tous à la même espèce ; il n'y a pas

plusieurs variétés de microorganismes, comme dans certains faits connus de noma.

A la limite de l'escarre, on trouve une couche où les tissus offrent une rougeur diffuse sous l'influence de la matière colorante, mais dans laquelle les noyaux ne sont pas colorables. Cette zone ne contient pas de bacilles.

Au delà existe une zone étroite où les cellules ont proliféré dans le tissu conjonctif et les fibres musculaires. L. GALLIARD.

Sur une épidémie d'érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde, par HUTINEL et Martin de GIMARD (*La Médecine moderne*, 23 *et* 30 *janvier*, *et* 6 *février* 1890).

Hutinel et Martin de Gimard ont observé, sur un total de 38 enfants atteints de fièvre typhoïde soignés en l'espace de 6 mois à l'hôpital des Enfants, 12 cas d'érythèmes. L'éruption est constituée sur les membres (mains, avant-bras, coudes, genoux, jambes, fesses) par des taches d'un rouge vif, peu saillantes, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, et, sur le tronc, qu'elle occupe plus rarement, par une teinte rosée et scarlatiniforme ; exceptionnellement, on voit se développer des ecchymoses purpuriques ou des vésico-pustules ; la démangeaison est peu prononcée. L'éruption dure en moyenne 4 à 5 jours, puis il se produit une desquamation qui tient le milieu entre celle de la rougeole et celle de la scarlatine. Le début de l'érythème est marqué dans les cas bénins par une légère élévation de température, de l'abattement, des vomissements; dans des formes graves, qui surviennent ordinairement au troisième septénaire de la fièvre typhoïde, le début est marqué par un abaissement de température qui atteint la température normale, par des vomissements abondants ; il y a une diarrhée vert grisâtre, de l'albuminurie, une altération profonde du facies, et la mort survient en deux ou trois jours. A l'autopsie, on trouve les altérations du sang, du foie, des reins habituelles aux infections graves.

L'examen bactériologique est resté négatif; mais, en présence des signes d'infection générale, il est vraisemblable qu'il s'agit d'une infection secondaire, bien distincte de la rougeole, dont la porte d'entrée pourrait bien être les ulcérations aphteuses que portaient à la bouche et aux lèvres presque tous les enfants observés. A. C.

Primärer Pyokolpos und Pyometra bei einem 13 jährigen Kinde (Pyocolpite et pyomètre primitifs chez une enfant de 13 ans), par RHEINSTÆDTER (*Centr. für Gyn.*, 1er *mars* 1890).

Petite fille de 13 ans, amenée par son père à l'hôpital comme malade depuis longtemps de la vessie et souffrant actuellement du ventre. L'examen montre le ventre distendu par une tumeur qui remonte à l'ombilic et qui présente les caractères d'un kyste ovarique. Mais, en examinant les organes génitaux externes, on constate une occlusion complète de l'orifice vaginal. Le diagnostic posé est celui de rétention du flux menstruel. L'enfant est amaigrie, sans appétit, et a de la fièvre.

La membrane qui ferme le vagin est incisée, et au lieu du sang qu'on s'attendait à voir sortir, il s'écoule trois litres d'un pus assez épais. Drainage et injections. La guérison eut lieu rapidement; l'appétit et les forces reparurent, et au bout de quatorze jours tout écoulement purulent avait cessé.

Un nouvel examen permit de constater l'existence normale du vagin et de l'utérus, autour desquels on put sentir encore pendant quelque temps de

petits noyaux inflammatoires. On continua à faire pendant un mois matin et soir la dilatation de l'orifice vaginal.

Les cas où un hématomètre se transforme en pus s'observent de temps en temps; mais le pyomètre primitif est extrêmement rare.

CH. MAYGRIER.

I. — Ein Fall von Melaena Neonatorum, par Hermann MÜLLER (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n. 21, p. 667, 1er novembre 1889*).

II. — Etude du melæna des nouveau-nés, par E. A. HOMEN (*Finska läkar. handlingar, XXXII, n. 5*).

I. — Nouveau-né de sexe masculin bien conformé ; le lendemain, dans la matinée, il vomit deux cuillerées à bouche de sang caillé, et le soir, à 7 heures, il a un melæna abondant. Le jour suivant, quatre selles couleur poix. Allaitement au sein et gouttes de perchlorure de fer dans de l'eau sucrée. Le quatrième jour, 5 selles sanglantes et poisseuses ; le cinquième, 4 encore. Mort le sixième jour au matin. A l'autopsie, outre l'anémie de tous les viscères, on ne constate qu'un groupe de points hémorragiques au niveau du pilore et quelques ecchymoses en deux places de l'intestin grêle. Les vaisseaux de la circulation fœtale sont normaux.

L'examen microscopique des parois gastriques et intestinales n'a révélé aucune altération de structure des vaisseaux. J. B.

II. — Enfant née à terme, mais en état d'asphyxie. Mère cardiaque, non syphilitique. 24 heures après la naissance, melæna, hématémèses, morte au troisième jour. Caillots de sang dans l'estomac et l'intestin ; ulcérations de 2 à 3 millimètres dans l'estomac, surtout au niveau du cardia, ne pénétrant pas toute la couche glanduleuse ; état sclérotique des vaisseaux de la muqueuse.

Homen pense que les ulcérations se sont produites après la naissance et ont été causées par la pléthore abdominale, exagérée par l'état asphyxique ; la sclérose des vaisseaux a favorisé aussi ces troubles de la muqueuse. A. C.

Hémorragie intestinale chez un nouveau-né. Mort. Autopsie, par BOURRUS et VATON (*Journ. de méd. de Bordeaux, 13 avril 1890*).

Primipare de 35 ans. Accouchement au forceps. Placenta trilobé. L'enfant (2,200 grammes), en état de mort apparente, n'est ranimé qu'au bout de trois quarts d'heure; 36 heures après, hémorragie intestinale mortelle. A l'autopsie on trouve sur le duodénum près de son union avec l'estomac une perforation ovale qui donne passage à une matière rougeâtre, magma de sang, de sucs intestinaux et de liquide biliaire. OZENNE.

Zur Ætiologie der Melæna vera Neonatorum, par POMORSKI (*Soc. méd. de Greifswald, 7 juillet 1888*).

A l'autopsie d'un enfant de 3 jours mort d'hématémèse, l'auteur a constaté des érosions punctiformes de la muqueuse gastrique et des infarctus du poumon droit, mais aussi de petites hémorragies de l'hémisphère cérébelleux droit et du plancher du 4e ventricule. Il a donc supposé que les lésions gastriques et pulmonaires résultaient d'altérations traumatiques des centres vaso-moteurs produites pendant l'accouchement.

Pour vérifier cette hypothèse il a lésé chez 19 lapins les centres vaso-moteurs en faisant pénétrer un instrument piquant soit par la membrane

obturatrice postérieure, soit par le conduit auditif. Dans la plupart des cas il a vu, à la suite de la blessure, des hypérémies ou des apoplexies pulmonaires, et dans l'estomac des ulcérations ou simplement des congestions et des hémorragies. L. GALLIARD.

Zur Pathogenese der bacteriellen Magen-und Darmerkrankungen im Saüglingsalter (Affections bactériennes de l'estomac et de l'intestin chez les nourrissons), par ESCHERISCH (*Wien. med. Presse, p.* 1601, *n*° 41 ; 1889).

L'estomac du nourrisson n'est pas en état de tuer les germes qui existent dans le lait ou même d'en empêcher le développement, d'abord parce qu'il produit trop peu de ferment et trop peu d'HCl, ensuite parce que le lait est riche en matériaux alcalins et spécialement en sels de chaux qui contre-balancent l'effet du suc gastrique. Voilà pourquoi les enfants nourris par leur mère sont dans des conditions beaucoup meilleures que les autres.

Avec 50 centimètres cubes de lait de femme, il suffit de 8 à 9 centimètres cubes d'HCl normal pour obtenir la réaction de Günzburg; tandis qu'avec la même quantité de lait de vache il faut 15 ou 16 centimètres cubes d'HCl, c'est-à-dire environ $1^{gr},40$ de suc gastrique. Un enfant qui prend un litre de lait de vache aurait donc besoin de 3 litres de suc gastrique pour former les sels, et le surplus serait destiné à digérer de l'albumine et à empêcher les fermentations anormales. Il ne faut donc pas s'étonner si l'HCl libre manque à toutes les périodes de la digestion et si tous les germes introduits avec le lait de vache passent dans l'intestin.

C'est sur les enfants nourris au lait de vache que sévissent surtout les gastro-entérites de l'été, accompagnées souvent de convulsions, de cyanose, de collapsus, et parfois mortelles. Car ceux-là n'offrent aucune résistance aux bactéries.

Dans la plupart des cas, les accidents ne sont pas limités à l'estomac, mais atteignent l'intestin, ils peuvent même se développer primitivement dans l'intestin.

Les fermentations alcalines du gros intestin se révèlent par des selles fréquentes, peu abondantes, alcalines, constituées surtout par du mucus ou par des grumeaux caséeux mêlés de mucus; elles s'accompagnent de ténesme. L. GALLIARD.

Tumeur congénitale du sterno-mastoïdien, par H. CLUTTON (*St Thomas's Hosp. reports, vol. XVIII, p.* 179, 1890).

En dix ans, l'auteur en a pu observer 18 faits. Dans 9 de ces cas la syphilis n'existait nullement ni chez les parents ni chez l'enfant; dans 11 cas il s'agissait d'un premier accouchement, ce qui semblerait indiquer un certain rapport avec la difficulté du travail, 8 cas étaient des présentations du siège ou des pieds. 5 fois, sur 8 présentations du sommet qui furent suivies de cet accident, on avait eu recours au forceps ou à tout autre mode de traction. Enfin, dans deux cas, on eut recours à la version.

Sur ces 18 faits, la lésion siégeait 6 fois à droite, 9 fois à gauche, dans 3 cas le côté n'est pas noté.

L'auteur nie la rupture musculaire, parce que le muscle est dans le

relâchement, et que dans aucun cas on ne constate de dépression ci tricielle. Il admet plutôt que la lésion est le résultat d'une exsudat inflammatoire se faisant à la suite des tractions violentes.

Le pronostic est bénin, la guérison s'est toujours faite sans incid sauf dans un cas où a persisté du torticolis.

L'auteur donne ensuite un résumé de ses 18 observations.

F. VERCHÈRE.

Tumeur érectile caverneuse congénitale de la région parotidienne et d face. Traitement par l'électrolyse, par REDARD (*Gaz. méd. de Paris*, 25 *vier* 1890).

Fillette de 4 mois. Outre trois petites taches érectiles au mollet et fesse, existe, au niveau de la région parotidienne droite, une tumeur volume d'un œuf, présentant les symptômes d'un angiome caverneux. Pen un mois, deux séances d'électrolyse sont faites chaque semaine; la tume durci sans changer notablement de volume. On continue les séances quelques interruptions, et en mars 1889, c'est-à-dire 15 mois après le d du traitement, la tumeur a entièrement disparu, ou du moins on ne plus qu'une masse rétractile non saillante et de consistance fibreuse.

OZENNE.

Demonstration eines angeborenen Tumors (Tumeur congénitale de l'aine fo par un sarcome à cellules fusiformes), par de RUYTER (*Berliner klin Wochenschrift*, *n*° 52, *p*. 1135, 30 *décembre* 1889).

Fillette d'un an et demi ayant, dès la naissance, une tumeur de l'aine d qui, dans les six derniers mois, fit des progrès rapides, visibles quotid nement. Dilatation énorme des veines abdominales; œdème du membre rieur droit. Mort par épuisement.

A l'autopsie, on constate qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusifor extra-péritonéal et gros comme une tête d'homme. La tumeur était di en deux par une capsule conjonctive ; l'une des portions était dure et pa en vaisseaux, l'autre molle et très vasculaire.

L'utérus et le ligament large avaient été étirés par la tumeur; ce de était même perforé sur un point. Les intestins étaient refoulés en ha cæcum touchant le foie. Tous les organes abdominaux étaient sains, à le rein droit, atteint d'hydronéphrose.

La tumeur envoyait vers la cuisse, au-dessous du ligament de Poupar prolongement de la grosseur du poing.

J. B.

Sur un cas d'hypertrophie congénitale du membre inférieur droit, par DUPL M. SÉE, rapporteur (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 17 *septembre* 1889).

Duplouy vient d'observer un enfant de 17 ans dont les membres infér présentent une différence de volume très accusée, inégalité qui a été re quée dès la naissance. Le membre droit est trois fois plus gros que cel côté opposé; le genou, dont le pourtour est de 51 centimètres, figure un étranglement entre la jambe et la cuisse; le cou-de-pied mesure 31 c mètres; le pied, très épaissi, paraît un peu allongé; la plante du pie légèrement bombée. La peau, très tendue, d'un blanc mat, glabre, sans getures, a une consistance ferme et lardacée. Le squelette et les mu paraissent normaux; rien à signaler du côté des artères. Il résulte d détails que l'augmentation de volume tient uniquement au développe qu'a pris le tissu cellulaire sous-cutané.

Pour le rapporteur, ces lésions ne doivent être rattachées ni au

rème, ni à la lipomatose congénitale, ni à l'éléphantiasis congénital, décrit par Virchow, mais à un simple œdème chronique. Le meilleur traitement à tenter consiste dans la compression élastique qui, en pareil cas, a plusieurs fois réussi. S'il y a échec et si le mal prend une extension menaçante, la ligature de l'artère du membre devra être essayée, avant d'en arriver à la désarticulation de la cuisse. OZENNE.

Un cas d'absence congénitale du rectum. Colotomie. Autopsie, par Francis BOYD (*Edinburgh med. journal, p.* 529, *décembre* 1889).

Un nouveau-né était apporté le 29 septembre à the Royal Hospital for sick Children, ne présentant pas d'anus. L'abdomen était distendu surtout vers la région ombilicale. L'urètre et le pénis normaux donnaient issue à des gaz et à du méconium. Pas de dépression du périnée au point où aurait dû être l'anus.

Une incision périnéale de 2 centimètres de profondeur ne permit de trouver ni le rectum ni la communication urétrale. Ce n'est que le lendemain qu'on se décida à faire un anus artificiel. Par l'incision inguinale, l'intestin grêle se présente d'abord, puis après avoir trouvé le côlon on put constater que son volume ne différait pas de celui du petit intestin. Il était rempli de méconium; 14 ou 16 points de suture le fixèrent à la paroi abdominale. Le lendemain, sous le chloroforme, l'intestin fut ouvert. Pendant 7 jours l'amélioration fut notable, les gaz et les matières avaient cessé de trouver passage par l'urètre, mais à partir de ce moment l'enfant s'affaiblit progressivement et il mourut le 11 juin.

A l'autopsie on trouve l'estomac très dilaté. Le côlon descendant tout entier était adhérent à la paroi abdominale. La vessie était piriforme, et à l'incision ses parois furent trouvées épaisses d'un centimètre.

A la partie gauche de la vessie l'intestin était adhérent en un point répondant à l'union de l'S iliaque et du rectum. L'adhésion était intime et au-dessous l'intestin se terminait en cæcum dilaté. Par la cavité intestinale on pénétrait facilement dans la vessie. Le côlon présentait un mésentère de 2 doigts 1/2 de long.

Les uretères étaient très dilatés, dilatation due probablement à la grande pression intra-vésicale avant l'ouverture artificielle de l'intestin.

Sur 120 cas rassemblés par l'auteur, 25 présentaient une communication entre l'urètre et l'intestin; 3 seulement avec la vessie. L'un, appartenant à Desault, opéré de colotomie, mourut le 4e jour; le 2e, d'Amussat, où le rectum arrivait dans la vessie entre les 2 uretères, l'enfant mourut le 2e jour sans qu'on ait pu trouver l'intestin; le 3e, de Godard, où la communication entre la vessie et le rectum se faisait par un long et étroit canal. L'incision périnéale fut faite sans résultat, l'enfant mourut le 11e jour. F. VERCHÈRE.

Reflex nervous phenomena, due to preputial contractions, par Bruce SMITH (*New York med. record, p.* 72, 20 *juillet* 1889).

Voici quelques cas d'irritabilité nerveuse des enfants due à l'étroitesse du prépuce et à ses adhérences :

1° Enfant de 5 mois, irritable, prostration nerveuse, tremblement des yeux et des lèvres. Prépuce à ouverture étroite, adhérent au gland; dilatation, rupture des adhérences, disparition des troubles nerveux;

2° Enfant de 8 mois, irritable surtout pendant la miction, dysurie pendant trois mois. Étroitesse du prépuce qui est adhérent. Même opération, guérison;

3° Enfant qui a 18 mois, ne marche pas encore, sujet aux convulsions ; à 3 ans se tient sur ses jambes seulement. Prépuce trop long, étroit et adhérent. Opération et amélioration rapide; en quatre mois il court avec les autres enfants de son âge.

L'auteur rappelle le rapport qui existe entre ces malformations du prépuce et les hernies chez les enfants, rapport établi par les statistiques de Bryant.

Les symptômes nerveux mal définis chez les enfants commandent l'examen du prépuce. P. DUFLOCQ.

Néphrectomie abdominale pour hydronéphrose chez l'enfant; guérison, par A. DELÉTREZ (*Bull. Acad. méd. belg., février* 1890).

Fille de 10 ans, présentant depuis plusieurs mois, à la suite de chutes répétées, dans le flanc droit, une tumeur mesurant 20 centimètres en hauteur sur 25 en largeur et que la palpation bi-manuelle et la ponction démontrent être une hydronéphrose. En raison du volume considérable de la tumeur, on fait la néphrectomie abdominale à l'aide d'une incision antérieure et verticale de 10 centimètres : la ponction évacue 2 litres 1/2 de liquide citrin. Le décollement du péritoine incisé et l'ablation du rein kystique furent faciles. Guérison complète le douzième jour : à ce moment, la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures atteint et dépasse 2,000 grammes. R. JAMIN.

Heilung einer angeborenen linkseitigen Hydronephrose... (Guérison d'une hydronéphrose congénitale par la néphrotomie à l'âge de 1 an et par la néphrectomie à l'âge de 6 ans), par C. KAUFMANN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 2, p.* 34, 15 *janvier* 1890).

C'est à l'âge de 1 an que Kaufmann a opéré pour la première fois ce petit malade, qui avait, du côté gauche, une tumeur congénitale très volumineuse due à une hydronéphrose. Cette tumeur envoyait un prolongement entre la vessie et le rectum, jusque dans le petit bassin. Il y avait des alternatives d'incontinence et de rétention d'urine avec phénomènes urémiques (vomissements, agitation, etc.). Au-dessus du nombril, la circonférence du ventre était de 57 centimètres. Ponction exploratrice de la tumeur pour assurer le diagnostic : évacuation de 500 grammes de liquide; néphrotomie le 6 février 1885. Incision de 8 centimètres de long, commençant à un centimètre au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure et se dirigeant en arrière et en haut. Suture provisoire des parois du kyste aux téguments. Le contenu de la tumeur évacué, on suture exactement les lèvres de son incision aux parois abdominales. Le rein gauche coiffe la tumeur en haut et en dehors. En bas, le kyste dépasse de 1 centimètre l'angle inférieur de la plaie tégumentaire ; le prolongement inter-recto-vésical a disparu. Kaufmann doit renoncer à son projet d'établir une communication entre le kyste et la vessie, à cause de la présence d'anses intestinales entre les deux. Après lavages de la cavité du kyste, la plaie est pansée avec de la gaze iodoformée et de l'ouate salicyliquée. Dès le 12 février, le petit opéré partait, en ayant une fistule du bassinet large de 4 centimètres qui donnait constamment issue à une abondante urine ; le bord antérieur de la fistule était repoussé en avant par le côlon descendant. Vu l'âge tendre du malade, Kaufmann avait, de propos délibéré, renoncé à lui pratiquer l'ablation du rein, remettant cette opération à quelques années plus tard, si elle devenait nécessaire. Kaufmann reprit le traitement à l'âge de 5 ans. La quantité d'urine émise par l'urètre dans les vingt-quatre heures oscillait entre 600 et 700 grammes; elle était claire, de densité normale et ne contenait pas d'albumine, preuve que le rein droit fonctionnait normalement. La fistule n'offrait pas trace d'irritation.

Néphrectomie le 26 avril 1889. Incision longitudinale étendue du bord supérieur de la fistule jusqu'au rebord costal. Incision transversale de 6 centimètres, coupant la précédente à mi-distance entre le rebord costal et la crête iliaque. Les deux incisions coupent les muscles et la deuxième met à découvert le bord antérieur du carré lombaire. Dissection des lèvres de la fistule jusqu'au péritoine pariétal dont on la sépare. Le bassinet et le rein se laissent facilement isoler jusqu'au hile, sans lésion du péritoine. L'uretère saisi avec des pinces est sectionné. Le rein est coupé au niveau de l'extrémité supérieure du bassinet. Double ligature des vaisseaux du hile. La portion du bassinet qui leur reste adhérente est liée et le point de section est fermé par une suture continue au catgut. Les muscles coupés sont réunis à l'aide de sutures épinglées au catgut, la plaie cutanée est suturée à la soie, avec espace ménagé pour le passage d'un drain. L'opération n'avait pas duré deux heures. La guérison fut retardée par une pneumonie droite survenue le 5 mai. L'angle inférieur de la plaie se réunit par première intention, tandis que les angles postérieur et supérieur se désunirent d'abord. Guérison parfaite.

On a publié 6 autres cas d'hydronéphroses congénitales opérées. Un seul a été guéri par la néphrotomie, c'est celui de Tuckwell et Symonds (*R. S. M.*, XXIV, 324). Pour les 5 autres, on a pratiqué l'ablation du rein, qui n'a été mortelle que dans le cas d'Esmarch, remontant à 1869 et concernant une jeune fille de 19 ans. La tumeur avait d'ailleurs été prise pour un kyste de l'ovaire auquel elle adhérait, ainsi qu'au côlon descendant. Mort au bout de 36 heures par œdème pulmonaire.

Les autres néphrectomies ont réussi ; ce sont celles de Thornton (*R.M.S.*, XXIV, 318), de Thiersch, où la tumeur d'un garçon de 4 ans avait été prise pour un kyste hydatique du foie, de Rupprecht (garçon de 5 ans) et de Sprengel. Dans cette dernière, il s'agit d'un enfant de 6 mois qui avait depuis sa naissance une tumeur abdominale qui ne cessa de croître sans provoquer ni douleurs, ni troubles urinaires, ni symptômes généraux. Au-dessus de la région iléo-cæcale, se trouvait une tumeur grosse comme les deux poings, en partie dure, en partie élastique, très mobile et se laissant refouler vers la région rénale droite. L'urine était normale de quantité et de qualité. Sur le bord du sacro-lombaire, incision longitudinale du milieu de laquelle partait, en avant, une transversale. En détachant le péritoine qui recouvrait la tumeur antérieurement, on y fit une déchirure qu'on sutura. Vaisseaux rénaux très grêles, uretère à peine reconnaissable. La tumeur pesait 360 grammes, et elle ne contenait presque plus de tissu rénal non atrophié. Guérison sans incidents.

En somme, en comprenant l'observation de Kaufmann, on compte sur 6 hydronéphroses congénitales traitées par l'ablation du rein, 5 guérisons. Esmarch, Thornton et Thiersch ont fait la laparotomie, Rupprecht, Sprengel et Kaufmann l'incision lombaire, ou mieux latérale. J. B.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Il colore e la forma delle cicatrici antiche in rapporto alla medicina forense, par OTTOLENGHI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, décembre* 1889).

Les cicatrices anciennes peuvent avoir une couleur rouge, qui s'atténue en général lorsque leur ancienneté augmente ; ces cicatrices rouges, souvent irrégulières, généralement larges, occupent le plus souvent le front et les joues et succèdent ordinairement à des plaies par armes contondantes qui ne se sont réunies que par deuxième intention ; elles peuvent être légèrement saillantes, ou déprimées, ou de niveau avec la peau avoisinante ; elles occupent ordinairement le front ou les joues.

D'autres fois, les cicatrices anciennes ont la coloration de la peau voisine, elles occupent alors de préférence le front, la racine du nez et la lèvre, sont de petites dimensions et succèdent à des plaies sans grande gravité, souvent à des chutes sur le front faites pendant les premières années de la vie.

Les cicatrices brunes sont rares, succèdent à des lésions scrofuleuses, à des abcès ou à des traumatismes divers ; leur coloration peut persister indéfiniment.

Il est exceptionnel que la forme des cicatrices fournisse des données certaines sur la nature de l'arme qui les a déterminées.

La coloration et la forme des cicatrices anciennes peut se modifier ; des cicatrices très superficielles peuvent disparaître. A. C.

De la chéloïde, par VIDAL et LELOIR (*Ann. de derm. et de syph., mars* 1890).

La chéloïde primitive se distingue surtout de la chéloïde cicatricielle au point de vue anatomique par la persistance du derme papillaire à l'état d'intégrité, ainsi que de l'épiderme. La tumeur se trouve en quelque sorte enchâssée dans un derme sain. Elle est constituée par du tissu fibreux, par un tissu conjonctif vasculaire avec des cellules embryonnaires en voie d'évolution vers le tissu conjonctif. Les vaisseaux tendent à s'oblitérer dans les chéloïdes anciennes.

La chéloïde cicatricielle se distingue de la cicatrice hypertrophique par ce caractère fondamental, la tendance à l'envahissement, tandis que la cicatrice hypertrophique reste dans les limites de la lésion initiale. On ne trouve plus de papilles à la surface de la cicatrice hypertrophique ; elles manquent aussi au centre de la chéloïde cicatricielle, mais se retrouvent dans les parties latérales qui empiètent sur le derme non lésé primitivement.

Vidal recommande les applications prolongées d'emplâtre de Vigo et surtout les scarifications, seules ou combinées avec l'électrolyse, comme l'ont recommandé Hardaway et Brocq. F. BALZER.

Ueber einen Fall von kongenitalem Adenoma sebaceum (Sur un cas d'adénome sébacé congénital), par J. J. PRINGLE (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *X*, n° 5).

L'auteur formule à ce sujet les conclusions suivantes :

Les faits groupés sous cette dénomination ont pour caractéristique une hypertrophie des glandes sébacées. Les éléments congestifs occupent surtout le visage. L'affection est congénitale ou date du premier âge: elle s'aggrave surtout ou attire davantage l'attention des malades à l'époque de la puberté; elle s'accompagne d'une télangiectasie ou d'un développement anormal des vaisseaux, non seulement au voisinage des petites tumeurs, mais aussi dans d'autres régions; elle coïncide souvent avec d'autres anomalies dégénératives ou « nævoïdes » de la peau (végétations, nævi, molluscum fibreux, dépôts de pigment, etc.); on peut supposer qu'elles se développent sous l'influence d'une même cause. Les malades qui en sont affectés paraissent avoir une intelligence au-dessous de la moyenne; les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes. La maladie est bénigne et ne donne lieu, sauf quand elle est compliquée, à aucun symptôme subjectif. Après s'être aggravée au moment de la puberté, elle tend ultérieurement à rester stationnaire; parfois elle disparaît peu à peu en laissant des cicatrices dépressives qui finissent par s'effacer; les tumeurs peuvent disparaître sous l'influence d'un traitement local, mais elles ont tendance à récidiver *in situ*. HALLOPEAU.

Etiologie et traitement de l'acné, par BARTHÉLEMY (*Archives de médecine, décembre* 1889).

L'acné se présente chez les personnes atteintes de dyspepsie, de dilatation de l'estomac et présentant les symptômes divers de ces affections. La dyspepsie ne fait toutefois que préparer le terrain sur lequel sera semé le germe acnogène, ce germe ne trouvant un milieu favorable que dans la séborrhée. C'est la séborrhée qui est la conséquence directe de l'élaboration défectueuse des aliments.

L'éruption acnéique, rendue possible par la séborrhée, est le résultat d'un ensemencement de la peau par des germes venus de l'extérieur. Cette éruption est contagieuse et surtout inoculable de proche en proche.

Une fois qu'il y a eu de l'acné sur la peau d'un sujet, les germes acnogènes semblent résider constamment sur la peau. Longtemps à l'état latent, ils n'attendent pour se développer de nouveau qu'une occasion favorable, tel qu'un écart de régime, l'ingestion de divers médicaments (l'iode en particulier), la débilitation de l'état général.

Le traitement de l'acné, basé sur ces considérations étiologiques, consiste, en plus de l'emploi des moyens chirurgicaux indiqués, tels que ponctions, incisions, cautérisations, etc., dans l'antisepsie cutanée et dans l'antisepsie gastro-intestinale. RICHARDIÈRE.

Bacille de la verrue, par G. KÜHNEMANN (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, 1889).

Kühnemann a trouvé dans chaque cas un bacille ayant des caractères particuliers; il le considère comme l'agent provocateur de ces excroissances cutanées.

La seule méthode de coloration qui lui ait réussi est celle de Gram modifiée par Kühne.

La couche cornée de l'épiderme prend une teinte noir bleuâtre, les autres couches et le derme une teinte jaune clair.

En examinant la couche de Malpighi, on remarque entre les cellules aussi bien que dans leur intérieur et dans les espaces lymphatiques des bâtonnets extrêmement fins et grêles. Leur longueur ne dépasse jamais 1 μ 1/2. L'épaisseur est à la longueur comme 1 : 6. On les trouve encore quelquefois dans la couche granuleuse, rarement dans la partie voisine du derme. Dans les verrues anciennes, ces bacilles deviennent beaucaup plus rares que dans les cas récents.

Un fait assez bizarre, c'est que ces bacilles se colorent en rouge clair, au lieu de se colorer en bleu sombre par la méthode de Gram-Kühne, comme les autres microbes. Ils paraissent se comporter à l'égard des matières colorantes comme les bacilles tuberculeux ; aussi doit-on laisser les coupes au moins une demi-heure dans la solution colorante.

Kühnemann a fait des cultures sur gélatine et sur agar ; les résultats ont été les mêmes dans tous les cas. Les verrues excisées étaient partagées en deux moitiés ; une moitié servait à l'examen microscopique, l'autre moitié, divisée en plusieurs morceaux très petits, était portée dans la gélatine.

Le premier jour, rien à noter ; le deuxième, apparaissent autour de presque tous les morceaux de petites colonnes rondes, s'enfonçant un peu en godet dans la gélatine, qui est promptement liquéfiée. Ces colonnes isolées s'accroissent très vite et forment à la surface une pellicule assez adhérente. Au microscope, on y trouve un bacille semblable à celui qu'on colore dans les tissus ; il paraît seulement un peu plus grand, comme cela a lieu dans presque toutes les cultures.

Sur agar-agar, la culture s'étend assez vite en surface et gagne aussi en profondeur à partir du point d'ensemencement. La formation des spores a lieu en été à la température de la chambre.

Des tentatives d'inoculation avec des cultures pures ont été faites sur les animaux et seront faites également sur l'homme. VIGNALOU.

Contribution à l'étude des vergetures et principalement des vergetures arrondies (macules atrophiques), par VASILIU (*Thèse de Paris*, 1890).

Ce travail contient l'exposé des recherches de Pellizzari, Liveing, Fournier, Balzer, etc., avec la reproduction *in extenso* de la plupart des observations jusqu'ici éparses dans les revues scientifiques.

On sait que d'après Troisier et Ménétrier les vergetures linéaires sont constituées par de véritables solutions de continuité dans la trame conjonctivo-élastique du derme. Les vergetures arrondies ou maculeuses sont dues à la formation dans le derme d'une lacune, d'une éraillure comparable à celle de la vergeture en strie. Elles succèdent à des éruptions du type érythémateux, que ces érythèmes soient syphilitiques ou non. La poussée érythémateuse détermine dans le derme une véritable dissociation de la trame conjonctivo-élastique ; cette dissociation est due soit à une action directe de distension, soit à des troubles de nutrition. Rien, si ce n'est la forme, ne distingue donc la vergeture ar-

rondie de la vergeture linéaire : celle-ci est une vergeture en strie, l'autre est une vergeture en cupule. CHEVALET.

Coexistence de fibromes multiples et de sarcome, par von BERGMANN (*Berliner klinische Wochenschrift, n. 52, p. 1133, 30 décembre 1889*).

Von Bergmann présente un homme de 54 ans, qui a tout le corps couvert de plus d'une centaine de tumeurs conjonctives molles, les unes cutanées et recouvertes de taches pigmentaires brunes, les autres sous-cutanées. L'examen histologique montre que toutes ces tumeurs ont une structure analogue, composée de tissu conjonctif lâche et onduleux ; toutes aussi contiennent des fibres nerveuses.

Cet homme porte en outre à la région postérieure axillo-scapulaire gauche un sarcome plus gros qu'une tête d'homme ; cette tumeur est le résultat d'une récidive qui s'est produite à la partie postérieure d'une cicatrice due à l'ablation, en février dernier, d'un sarcome à cellules fusiformes très vasculaire et aussi volumineux que la tumeur actuelle.

Von Bergmann se demande s'il s'agit là d'une simple coïncidence de sarcomes sous-aponévrotiques et de fibromes cutanés et sous-cutanés. J. B.

Un cas de sclérodermie gangreneuse et de mélanodermie partielle, par GIBERT (*Normandie méd.*, 15 *avril* 1890).

Homme de 36 ans, n'étant en contact avec aucun agent toxique. En 1881, à la suite de vives douleurs le long de la crête du tibia, le malade a constaté un rétrécissement de la peau des jambes au-devant du tibia et des taches bronzées très foncées sur le thorax, qui, les années suivantes, se sont multipliées et ont envahi le cou, le visage, les bras, les aisselles et un peu les jambes. En 1885 la maladie bronzée cesse subitement, mais une sclérodermie apparaît et a progressé de jour en jour. Elle a d'abord occupé la peau de la jambe suivant une bande longue et étroite, allant de l'épine du tibia au cou-de-pied, puis elle a envahi la peau des avant-bras, la main et les doigts. Sur ces derniers se sont montrées des altérations trophiques, d'abord limitées à une sorte d'usure par exfoliation cornée de la pulpe ; puis, en 1889, des accidents gangreneux sont survenus.

Actuellement on constate sur le visage et sur le thorax des taches bronzées qui cessent subitement par une ligne dentelée au niveau des fausses côtes et du sternum. La peau blanche de l'abdomen est saine et souple. La coloration bronzée reprend aux cuisses et cesse aux jambes. La sclérodermie a surtout envahi les membres thoraciques à partir du coude ; la peau y est adhérente aux os sous-jacents sur la face postérieure ; elle est plus souple sur la face antérieure, mais est également scléreuse. La plupart des doigts sont atteints de gangrène sèche. Il n'y a ni anesthésie, ni analgésie, ni parésie, ni atrophie des membres supérieurs. Les réflexes sont intacts. Ni glycose, ni albumine dans les urines. OZENNE.

Tuberculose cutanée, par SEVESTRE (*Cong. internat. de dermat. Paris*, 1889).

Sevestre présente deux enfants atteints de tuberculose cutanée. Le premier âgé de 9 ans et demi présente sur différents points du corps des lésions cutanées remarquables surtout à la face dorsale des deux mains. Les ganglions axillaires épitrochléens et parotidiens sont tuméfiés, mais non douloureux. L'examen bactériologique des lésions du dos de la main montre l'existence de bacilles rares, mais très nets. Les poumons sont sains, l'apparence du malade très satisfaisante. C'est un cas de tuberculose verruqueuse de Riehl.

La seconde malade, âgée de 6 ans et demi, présente des lésions du même genre. Les ganglions sont tuméfiés, l'existence de bacilles a été constatée.

Sevestre veut faire à la fois un traitement par les injections d'huile de vaseline iodoformée, et un traitement local par l'acide lactique ou le naphtol camphré. CHEVALET.

Contribution à l'étude de la tuberculose d'origine cutanée, par TARDIVEL (*Thèse de Paris*, 1890).

La tuberculose peut dans certains cas se localiser primitivement à la peau, puis se généraliser secondairement. La tuberculose cutanée se présente sous trois formes : les ulcérations tuberculeuses primitives dues à la pénétration du bacille dans la peau à travers l'épiderme plus ou moins excorié, ou par l'intermédiaire des glandes cutanées ; les tubercules d'inoculation, comprenant les tubercules d'inoculation expérimentale, le tubercule anatomique et la tuberculose verruqueuse de Riehl ; enfin le lupus avec ses différentes formes. Toutes ces formes infectent l'organisme avec une rapidité d'autant plus grande et sont d'autant plus rebelles au traitement qu'on s'éloigne plus de leur début, et que l'état général du malade est plus mauvais. Il faudra détruire le foyer tuberculeux dès le début, et fortifier le malade par un traitement général énergique. CHEVALET.

Mittheilungen über mikroskopische Präparate von Lupus erythematosus (Examen microscopique du lupus érythémateux), par SCHULTZ (*Arch. f. Derm. und Syph., Heft* 1-2, *avec une planche*, 1890).

La lésion débute dans le corps papillaire autour des glandes et surtout autour des glandes sébacées ; il y a hypersécrétion et irritation de ces parties, production d'exsudats cellulaires et d'infiltrats lupeux. La marche de cette infiltration autour du follicule pileux élargi et de la glande sébacée s'accorde avec les constatations de la clinique qui montre l'évolution du lupus érythémateux semblable à celle des séborhées locales, de l'acné rosacée. La recherche des microbes n'a pas donné de résultats. F. BALZER.

La malattia del Paget, par BARDUZZI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *mars* 1890).

Dans ce travail basé surtout sur les récentes publications de Darier et de Wickham, l'auteur donne un bon diagnostic différentiel entre la maladie de Paget et l'eczéma du mamelon. Il admet que la maladie est causée par des psorospermies, et dans un cas il a obtenu une grande amélioration par des applications de sozoiodol mercurique. F. BALZER.

L'acido picrico negli eczemi impetiginoidi, par CERASI (*Gazz. med. di Roma*, *avril* 1889).

L'auteur a employé avec succès l'acide picrique dans 7 cas d'eczéma impétigineux. Il a prescrit les deux formules suivantes : 1° acide picrique 0,3 ou 0,4 dissous dans l'éther et incorporé dans lanoline 60 ; 2° acide picrique 0,5 ou 1 dissous dans l'éther avec eau 150. F. BALZER.

Ueber einen Fall von Urticaria pigmentosa, par DOUTRELEPONT (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 44, *p.* 967, 4 *novembre* 1889).

Fillette de 9 ans, ayant, depuis l'âge de 6 mois, une affection cutanée ressemblant fort, sinon identique, à l'urticaire pigmentée. Des taches et papules sont apparues d'abord aux membres gauches; puis à la face, au cou et sur les extrémités, se sont montrées des efflorescences striées, brunes, desquamantes, de grandeurs diverses; au côté de l'extension des membres, de même qu'à la paume des mains et à la plante des pieds, les papules ont formé des bourrelets de l'épaisseur du petit doigt. Sur l'épaule gauche, se voyait un groupe de papules revêtues de squames gris sale. L'apparition de papules nouvelles s'accompagnait seule d'ardeur et de quelques phénomènes douloureux ; à l'ordinaire, pas de démangeaisons.

Ce cas s'éloigne du tableau ordinaire de l'urticaire pigmentée, par la présence de squames et de bourrelets, dont la formation est peut-être due à l'emploi fait jadis de médicaments caustiques.

Ultérieurement, les papules de la cuisse gauche sont devenues plus saillantes; elles augmentaient de volume par les frottements et disparaissaient au bout de 2 jours en laissant des taches pigmentées.

L'examen histologique a révélé la présence de nombreuses cellules d'engraissement; mais comme Doutrelepont les a trouvées également dans quelques autres dermatoses, il se refuse à en faire la caractéristique de l'urticaire pigmentée, ainsi que le veulent Unna et Neisser. (*R. S. M.* XIV, 242; XXI, 627; XXIV, 555 et 556; XXIX, 198; XXX, 226; XXXI, 166, et XXXIII, 177.)

J. B.

Sur une forme de la gangrène excessive et disséminée : l'urticaire gangreneuse, par RENAUT (*La Médecine moderne, n*° 9, *février* 1890).

Homme de 22 ans, ayant eu depuis 3 ans presque tous les 3 mois des plaques de gangrène limitée de la peau aboutissant à la formation de petites chéloïdes cicatricielles; sujet très névropathe, présentant à un haut degré et de manière très persistante les troubles circulatoires provoqués par les pressions extérieures et désignés sous le nom de « dermographie ». Les plaques gangreneuses succèdent à des plaques d'urticaire prurigineuses et persistantes, dont une saillie située au centre de la plaque dure plus longtemps que ses voisines et devient hémorragique, puis gangreneuse.

Renaut explique la production de la gangrène par la persistance de l'urticaire et de l'œdème qui la caractérise : cet œdème détermine l'anémie des papules centrales, et cette anémie persistante aboutit à la production d'une escarre qui s'étend les jours suivants mais reste toujours limitée. Ces faits sont rares: Neumann, Saugter, Doutrelepont, en ont seuls publié des exemples.

A. C.

Sur une dermatose bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles. Kystes épidermiques et manifestations buccales, par HALLOPEAU (*Congrès intern. de dermat. Paris*, 1889).

Cette dermatose a été généralisée, comme le prouvent les cicatrices indélébiles persistantes; elle est encore en activité aux extrémités et dans la bouche. Il se produit par poussées des bulles à contenu citrin parfois purulent ou hémorragique. Il n'y a ni prurit, ni douleur, ni réaction fébrile.

Les cicatrices anciennes indélébiles sont confluentes; sur beaucoup d'entre elles on voit des nodules miliaires peu saillants qui sont des

kystes épidermiques. L'examen histologique, fait par Darier, a montré l'existence dans le derme de tissu de cicatrice. Les kystes épidermiques seraient dus à l'oblitération des conduits sudoripares et des follicules. La cause prochaine de l'éruption semble être l'élimination de ptomaïnes par les glandes cutanées.

Cette dermatose bulleuse diffère de la maladie décrite par Duhring et Brocq. CHEVALET.

Ueber den akuten kontagiösen Pemphigus, par Kund FABER (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, *X*).

L'auteur a vu le pemphigus aigu contagieux des enfants prendre chez l'adulte auquel il a été transmis les caractères de l'impetigo contagiosa; c'est à tort suivant lui que l'on a séparé ces deux maladies; elles n'en font qu'une dont la physionomie diffère suivant l'âge des sujets atteints. Déjà, en 1880, Unna a soutenu que l'impetigo contagiosa doit être anatomiquement rangé parmi les pemphigus, car ses lésions sont primitivement bulleuses. HALLOPEAU.

Zur Lehre von Pityriasis rubra, par TRAUTVETTER (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *Heft* 1-2, 1890).

Dans deux cas très nets de pityriasis rubra, l'auteur, n'obtenant aucun résultat de l'arsenic et du traitement local, prescrivit l'iodure de potassium à hautes doses. Le premier malade prit 892 grammes d'iodure de potassium en 80 jours ; le second malade prit 416 grammes en 33 jours. Les phénomènes morbides disparurent dans les 2 cas. L'auteur considère le pityriasis rubra comme une affection du système nerveux, vaso-moteur et trophique.

F. BALZER.

Du lichen ruber et de ses relations avec le lichen plan, par H. von HEBRA (*Monatsheft f. prakt. Dermat.*, *X*, *n°* 3, 1er *février* 1890).

Hebra signale les différences qui séparent le *lichen ruber acuminé* du *pityriasis rubra pilaris* de Devergie, avec lequel il est assez souvent confondu.

1° *Pityriasis rubra pilaris :* Papules ayant pour point de départ l'épiderme, squameuses dès le début, siégeant au niveau des orifices folliculaires, surtout des follicules pileux; abondance plus grande du côté de l'extension des membres, là où les poils sont plus développés; éruption à peine colorée au début; peau rude et rugueuse sur les membres, rose et satinée sur le tronc; troubles locaux nuls ou peu marqués ; pas de réaction générale ; affection bénigne réclamant un traitement purement local ; pigmentation très légère après la guérison ; muqueuses toujours indemnes.

2° *Lichen ruber acuminé :* Papules ayant pour siège et pour point de départ le derme ; squames tardives ; pas de relations avec les orifices folliculaires; prédominance du côté de la flexion ; coloration rouge vif dès le début, plus tard très foncé, quelquefois couleur de rouille; peau de plus en plus épaissie uniformément; démangeaisons, brûlures très vives ; symptômes généraux graves : fièvre, insomnie, amaigrissement, albuminurie, œdème ; maladie grave, souvent mortelle, demande un traitement général, arsenic ; pigmentation consécutive, très foncée, quel-

quefois très tenace; muqueuses buccale et vaginale souvent affectées.

L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles un lichen plat a succédé à un lichen ruber acuminé, ou inversement; ce ne sont pas pour lui de simples coïncidences, il admet que ces deux affections sont deux formes d'une même maladie. A. VIGNALOU.

Zur Anatomie der Prurigo, par KROMAYER (*Archiv f. Derm. und Syph., Heft* 1-2, *avec pl.*, 1890).

La papule de prurigo s'accompagne d'un épaississement de l'épiderme et spécialement de la couche cornée qui contient des cavités kystiques dans le plus grand nombre des cas. L'éléidine paraît plus abondante. Les changements ont lieu avec la participation du derme, où il se produit une exsudation cellulaire : il y a altération des vaisseaux superficiels avec exsudation périvasculaire. Les raisons pour lesquelles l'exsudation siège dans le derme, ou en même temps dans l'épiderme, ou seulement dans ce dernier, doivent être éclairées par de nouvelles recherches. F. BALZER.

Ein Fall von Mycosis fungoides Aliberti (Un cas de mycosis fongoïde d'Alibert), par STOUKOWENKOFF (*Archiv f. Derm. und Syph., Heft* 1-2; 1890).

Stoukowenkoff a observé ce cas chez un homme âgé de 26 ans, couvert de mycosis depuis le cou jusqu'aux cuisses, en avant et en arrière. L'examen microscopique montra l'infiltration totale de la peau par le néoplasme, et de plus, dans les tissus envahis on découvrit 3 espèces de bactéries et de cocci. L'auteur poursuit l'étude de ces parasites. F. BALZER.

Mycosis fungoïdes, par PHILIPPSON (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 52, *p.* 1076; 1889).

Homme de 41 ans présentant sur plusieurs points de la face, spécialement au front, au-dessus des sourcils, de petites taches rouge clair avec induration sous-jacente. A l'angle externe de l'œil gauche, deux nodules lenticulaires et sur le milieu de la gauche un nodule couvert d'une croûte. D'autres nodules siègent autour de l'oreille gauche. On constate en outre des cicatrices à la pommette gauche et près de l'oreille. Des croûtes siègent au front, au cuir chevelu, recouvrant des plaques rougeâtres, sans tissu cicatriciel.

Pas de syphilis. La maladie date de 2 ans; elle a commencé par des taches rouges, prurigineuses, au front.

L'auteur élimine, avec la syphilis, la lèpre et le lupus érythémateux et admet le mycosis fongoïde d'Alibert. L. GALLIARD.

Ueber das Epidermophyton (De l'épidermophyton), par RIES (*Verhandlungen der deutschen dermatolog. Gesellschaft. Prague*, 1889).

Il y a dix ans que Lang a décrit dans le psoriasis un parasite qu'il considérait comme constant. Cela est vrai, mais il se retrouve aussi dans les autres maladies de la peau, et notamment quand il se forme des croûtes. Pour l'auteur il ne s'agit point d'un véritable champignon, d'un hyphomycète, comme on l'a cru : c'est un produit artificiel que l'on peut obtenir en traitant des croûtes avec une solution de potasse. Des formes semblables peuvent être observées si l'on traite de même des

matières grasses, l'huile d'olives ou la lanoline. La graisse et l'éléidine de l'épiderme doivent être considérées à ce point de vue, et il est possible qu'on doive leur attribuer l'apparition des formes qu'on a observées. Il en est de même pour le parasite que l'on nomme Lepocolla repens d'après Ecklund, et d'autres qui ont été signalés dans l'ouvrage de Cornil et Ranvier. F. BALZER.

Action de l'iodure de potassium à très hautes doses sur l'organisme. Son emploi dans le traitement du psoriasis, par de MOLÈNES (*Archives de médecine, juin* 1889).

L'auteur a expérimenté chez deux malades le traitement de Haslund (traitement de psoriasis par des doses considérables d'iodure de potassium, jusqu'à 40 et 50 grammes par jour). Les deux observations qu'il rapporte sont remarquables par la quantité d'iodure de potassium qu'ont absorbée sans accident les malades soumis au traitement, l'un d'eux a pris 1,117 grammes d'iodure en 9 semaines, l'autre 1,751 en 70 jours.

RICHARDIÈRE.

Elephantiasis congenita, par WAITZ (*Deutsche med. Woch.*, n° 52 *p.* 1077; 1889).

Enfant de 2 ans né de parents sains, dont les membres inférieurs étaient hypertrophiés au moment de la naissance. La jambe droite est plus volumineuse que la gauche et la dépasse, en longueur, de 2 centimètres 1/2. Le pied droit a 1/2 centimètre de plus que le gauche.

Les os offrent une croissance exagérée, mais c'est le système vasculaire sanguin qui présente les désordres prédominants : nævus vasculosus, varicosités, télangiectasies, angiomes dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Pour ce qui concerne l'hypertrophie du système lymphatique, vésicules disséminées sur les deux membres inférieurs, remplies de lymphe; on trouve aussi des tumeurs lymphatiques, des lymphangiomes, probablement dus à l'ectasie des vaisseaux lymphatiques avec sclérose. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude du zona traumatique, par R. de LUCA (*Sicilia medica*, n° 3, *p.* 201 ; 1890).

R. de Luca a déterminé, chez des lapins, des lésions de quelques nerfs intercostaux, des ganglions et des racines correspondantes, ainsi que des ganglions thoraciques du sympathique en rapport avec les nerfs intercostaux, lésions semblables à celles trouvées à l'autopsie d'individus morts pendant une attaque de zona. Ces lésions ont été produites soit par tiraillement des nerfs, soit au moyen de corps étrangers (ligature avec des fils de soie), ou bien au moyen de cautérisations, etc. Les expériences ont été au nombre de 30 et sont toujours restées négatives. De Luca en conclut que la névrite simple ne suffit pas à produire le zona. Dans le zona chirurgical, il faut admettre une autre cause que le traumatisme, celui-ci servant seulement de porte d'entrée à l'agent infectieux. R. de Luca considère le résultat négatif de ses expériences comme une confirmation de l'opinion soutenue par Landouzy, à savoir la nature spécifique de la névrite du zona. G. LYON.

Traitement du zona, par BROCQ (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 18, *p.* 282; 1890).

Brocq passe en revue les différents traitements proposés contre le

zona et donne le suivant comme le plus rationnel : on ouvre avec soin toutes les vésicules dès qu'elles sont formées, au moyen d'une fine aiguille flambée. On lave avec de l'eau boriquée légèrement alcoolisée, on recouvre soit avec de l'ouate antiseptique, soit avec une pâte à l'oxyde de zinc au dixième, renfermant un vingtième d'acide borique.

On poudre par-dessus avec de la poudre d'amidon, puis on met une couche épaisse d'ouate.

Si les douleurs sont trop vives, on incorpore à cette pâte du chlorhydrate de cocaïne ou de morphine.

On a ainsi un enduit adhérent, protecteur, aseptique, qui n'est pas occlusif et que l'on peut rendre sédatif pour les douleurs. G. LYON.

Tricophytiasis dermica, par CAMPANA (*Arch. f. Derm. u. Syph., Heft* 1; 1889).

Majocchi, Celso Pellizzari, Campana, ont observé la germination intradermique du tricophyton. Campana a vu ce parasite formant la partie principale d'une tumeur conjonctive développée chez une femme atteinte d'une éruption papulo-squameuse. Chez cette femme, qui était brightique, on trouva le tricophyton dans les squames épidermiques, dans les ongles. La tumeur contenait un mycélium pigmenté et granuleux avec des gonidies nombreuses. Le tissu de la tumeur était dur, fibreux, commençant à dégénérer. Les cultures faites avec des fragments de la tumeur donnèrent des résultats positifs. F. BALZER.

Ueber Onychomycosis favosa, par FABRY (*Arch. f. Derm. und Syph., Heft* 1-2, *avec* 3 *fig.*, 1890).

Le champignon du favus se développe dans l'ongle comme dans la peau, spécialement dans la partie épithéliale ; il ne pénètre pas dans le derme. Son développement entre les cellules de l'épiderme est actif et se localise surtout dans la couche muqueuse, où il est très abondant. Il ne trouve pas un terrain suffisamment nutritif dans la portion cornée de l'ongle. Cette localisation de l'achorion dans la couche muqueuse explique la momification de l'ongle dont les matériaux nutritifs sont en quelque sorte interceptés au passage. La destruction mécanique de l'ongle, les applications de substances antiseptiques (sublimé, acides salicylique et carbolique), sont les meilleurs moyens de traitement. Dans les cas ainsi traités la guérison a été complète. F. BALZER.

I. — Traitement de la teigne tonsurante, par QUINQUAUD (*Tribune médicale*, 6 *février* 1890).

II. — Traitement de la teigne tondante, par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., IX, n°* 12).

III. — Sur un cas de pelade d'origine probablement nerveuse, par ARCHAMBAULT (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 *avril* 1890).

I. — Pour obtenir la guérison de la trichophytie du cuir chevelu en deux mois, c'est-à-dire la disparition des parasites et le retour des cheveux à l'état normal, Quinquaud a recours au traitement par occlusion et à l'enlèvement mécanique du trichophyton à l'aide d'une rugine spéciale. Voici comment on opère. Les cheveux coupés courts, si la végétation cryptogamique est abondante avec squames épaisses, on gratte

avec la rugine de manière à enlever la plus grande partie du tricophyton; on nettoie la tête avec une solution forte de bicarbonate de soude, puis on lave avec la lotion mixte :

Biiodure d'hydrargyre.....	0,20 cent.
Bichlorure d'hydrargyre.....	1 gr.
Alcool à 90°.....	30 —
Eau distillée	250 —

On fait ensuite une onction avec :

Lanoline ou vaseline.....	60 gr.
Acide chrysophanique.....	4 —
Acide borique.....	2 —

On recouvre la tête avec une feuille de caoutchouc maintenue bien appliquée sur les régions frontales pour éviter l'action irritante sur les yeux de l'acide chrysophanique. Tous les deux jours on remet de la pommade. Au bout d'un mois, la tête est de nouveau nettoyée avec l'eau savonneuse et lavée tous les matins avec la solution mixte. Le caoutchouc peut être enlevé. OZENNE.

II. — Unna emploie la chrysarobine, qu'il considère comme le plus puissant parasiticide dans les affections cutanées. Seulement il conseille certaines précautions.

Il faut tout d'abord faire couper les cheveux ras sur toute la tête, alors même qu'il n'y a que quelques places qui semblent atteintes. On circonscrit ensuite le cuir chevelu par une bande de colle de zinc appliquée sur le front, sur les tempes et sur la nuque. L'extérieur de ce cercle limité par la colle de zinc est badigeonné au pinceau avec une pommade forte à la chrysarobine. Unna donne la formule suivante :

Chrysarobine, 5 grammes; acide salicylique, 2 grammes; ichthyol, 5 grammes; onguent simple, 100 grammes.

On peut aussi employer simplement une pommade renfermant de 5 à 10 0/0 de chrysarobine. Par-dessus la pommade on applique sur le cuir chevelu une enveloppe imperméable. Enfin par-dessus tout un bonnet de flanelle (ou une couche de ouate) fixé par des liens.

Toutes les vingt-quatre heures on enlève le bonnet, on coupe l'enveloppe imperméable sur un de ses côtés, on nettoie la tête avec un linge sec et on remet de la pommade. Après quoi la fente ainsi faite à l'enveloppe imperméable est refermée et le bonnet réappliqué. Quand les applications sont bien faites, c'est à peine si au bout de la première période du traitement, c'est-à-dire de quatre jours, le rebord supérieur de la bande de colle de zinc est coloré en jaune par la chrysarobine.

L'occlusion ainsi faite permet de laisser les enfants en liberté et de se rendre même à l'école.

Le quatrième jour, la pommade à la chrysarobine est remplacée par une pommade contenant 5 0/0 d'ichthyol, ou une pommade soufrée à 5 0/0. Cette application est renouvelée pendant trois jours.

Ce n'est qu'à la fin de la première semaine qu'on peut enlever la bande, et seulement à la partie postérieure de la tête (pas sur le visage), et nettoyer la tête avec de l'huile. A ce moment les parties malades tranchent par leur couleur d'un blanc clair sur le reste du cuir chevelu,

comme dans les autres dermatoses (eczéma séborrhéique, psoriasis), et surprennent quelquefois par leur nombre inattendu.

Alors commence la deuxième période du traitement, qui s'exécute comme le premier. Après chaque cycle, comme au début, il faut épiler quelques cheveux aux différentes places malades pour juger des progrès accomplis.

On recommence de même un troisième et un quatrième cycle. Unna n'a jamais dû recommencer une cinquième fois. La durée totale est donc d'environ un mois. Unna suppose que dans les cas invétérés qu'on observe à Paris et à Londres il suffira de six semaines au plus.

Pour juger des effets produits par le traitement, Unna conseille de faire des cultures en mettant les cheveux suspects dans des tubes de gélatine ou d'agar. C'est là un moyen de contrôle excellent.

Unna n'a pas observé de récidive. Le seul inconvénient constaté par lui, c'est la rougeur et l'œdème qui surviennent chez certains enfants à peau irritable dès la troisième ou quatrième, quelquefois dès la première application de pommade. Il faut alors suspendre la pommade à la chrysarobine et la remplacer par l'ichthyol. Quand toute trace d'irritation a disparu, on recommence avec une pommade beaucoup plus faible à 1 0/0. Les résultats sont tout aussi satisfaisants dans ces cas. Il semblerait même que la guérison fût plus rapide. A. VIGNALOU.

III. — Homme de 47 ans. Fièvre typhoïde et fièvres intermittentes antérieures. Depuis 1865, troubles nerveux divers, consistant en accès de joie et de tristesse fréquents, perte de la mémoire momentanée, céphalalgie, diminution de l'acuité visuelle à gauche et intolérance de la vessie. En 1879, deux mois après une forte émotion, perte des cheveux et de la barbe, qui quelque temps après repoussent sans traitement.

Depuis cette époque, il a vu six fois ses cheveux tomber et repousser, et cela toujours après une violente émotion. Actuellement il présente, disséminées sur toute la tête, treize plaques blanches glabres, sans desquamation ni douleurs, de dimensions variables d'une pièce de cinquante centimes à une pièce de cinq francs.

Les cheveux clairsemés se laissent arracher sans douleurs.

Pas de troubles de la sensibilité; pas de troubles trophonévrotiques.

L'examen microscopique ne révèle de parasite ni dans le poil, ni autour.

OZENNE.

Notes pour servir à l'histoire de la kératose pilaire, par BROCQ (*Annales de derm. et de syph., janvier, février, mars* 1890).

L'auteur préfère le nom de kératose pilaire à l'expression de xérodermie pilaire généralement adoptée. Il y en a deux variétés, la blanche et la rouge. Celle-ci ne se limite pas seulement aux membres, elle peut aussi envahir le visage, les sourcils, le front, le menton.

C'est surtout à Erasmus Wilson que l'on doit une bonne description de la maladie qu'il désigne sous le nom de *Folliculitis rubra ;* après lui, Tilbury Fox, Neumann, Kaposi, Duhring, Besnier et Doyon, Lemoine et d'autres auteurs ont publié divers travaux, que Brocq résume et critique avant de donner ses observations personnelles. Celles-ci sont au nombre de onze, et c'est sur leur étude qu'il base la symptomatologie de la kératose pilaire. L'élément caractéristique de cette affection est une saillie squameuse développée autour d'un follicule pileux, dont le poil est

enroulé ou atrophié. Cet élément varie en hauteur, il peut donner quelquefois une sensation de râpe ; sa coloration est rouge, rosée, brune, quelquefois blanche. Le poil central peut être enroulé, cassé, atrophié. Quelquefois, l'élément kérato-pilaire est réduit à une simple tache érythémateuse miliaire. Dans les intervalles, la peau est blanche ou plus ou moins rouge avec desquamation pityriasique. Il y a fréquemment du prurit. Les lieux d'élection sont les régions à poils à bulbes pleins, face postérieure des membres supérieurs et inférieurs, fesses, parties antérieures et inférieures de la cuisse au-dessus du genou, etc... L'affection débute dans la deuxième enfance, atteint son maximum chez l'adulte et tend à disparaître dans la vieillesse.

On rencontre de nombreuses variétés d'aspect suivant les localisations de la maladie. Une des plus remarquables est la kératose pilaire de la face, en raison de l'extrême richesse en poils et en duvet de cette région. Lorsqu'il y a confluence des éléments, les plaques sont roses ou rouges, criblées d'élevures conoïdes ou hémisphériques, au centre desquelles apparaît le poil. D'une manière générale le poil subit une atrophie progressive qui conduit même à l'alopécie dans certaines régions, notamment aux sourcils. Il se produit une véritable atrophie cicatricielle bien décrite dans ces cas par Besnier. Le front, les sourcils, les joues surtout, sont atteints dans la kératose pilaire faciale ; mais celle-ci peut s'observer partout où il existe du duvet. Du côté du cuir chevelu, la kératose pilaire est moins connue ; chez les sujets qui en sont atteints, on ne remarque parfois que de la desquamation pityriasique. L'anatomie pathologique n'a fait connaître jusqu'ici que des proliférations de cellules embryonnaires autour des follicules pileux et dans la région dermique avoisinante, l'atrophie des papilles, l'épaississement de couches épidermiques autour du poil en zones concentriques.

La kératose pilaire est une affection extrêmement fréquente, plus fréquente peut-être chez la femme que chez l'homme, et surtout chez les sujets lymphatiques, avec tendances à la scrofule. L'hérédité est fréquente, ce qui justifierait l'opinion qui fait de cette affection une variété d'ichthyose.

L'auteur recommande la médication tonique, l'huile de foie de morue, l'arsenic, les applications successives d'emplâtres de savon noir, quelquefois les scarifications.

Le pityriasis rubra pilaire de Devergie, l'acné cornée, quelquefois le lupus érythémateux, sont les affections qui pourraient être confondues avec la kératose pilaire, mais qu'il est pourtant facile de reconnaître. Brocq fait remarquer que l'ulérythème ophryogène de Taenzer n'est pas autre chose que la kératose pilaire rouge. Il n'admet pas que celle-ci doive rentrer dans l'ichthyose : c'est une dermatose à part, une folliculite spéciale, comme l'avait bien indiqué Erasmus Wilson. F. BALZER.

De l'ulcère phagédénique observé au Tonkin, par BOINET (*Ann. de Derm. et de Syph., mars-avril* 1890).

L'auteur donne une description complète de l'affection ulcéreuse connue sous les noms d'ulcère ou de plaie annamite. Cet ulcère siège souvent aux membres inférieurs et s'observe surtout sur les indigènes. Il débute par une lésion papuleuse ou ecthymateuse qui s'ulcère rapidement :

la plaie est atone, à bords décollés, sanieuse, et se cicatrise lentement. Il y a ordinairement de l'anesthésie au niveau de l'ulcère et même après la cicatrisation. La forme grave est caractérisée par l'apparition de la gangrène, par l'invasion du phagédénisme, qui s'étend en surface et en profondeur jusqu'aux muscles, jusqu'aux os et aux articulations. La marche est tantôt aiguë, le plus souvent chronique, atonique. Mais le pronostic devient toutefois de moins en moins grave, depuis que l'on connaît mieux l'affection. Les applications antiseptiques constituent le meilleur mode de traitement de cette affection, qui résiste parfois avec une grande ténacité.

La vase, l'eau de certaines rivières, paraissent avoir une influence étiologique réelle. On peut retrouver dans l'eau un bacille ressemblant manifestement à celui que l'on isole dans la sérosité de l'ulcère phagédénique. L'auteur a rencontré dans les formes graves des bacilles allongés très nombreux; ces bacilles sont plus rares dans les formes légères, où prédominent les cocci. Ce bacille a pu être cultivé avec succès et inoculé aux animaux. Il s'inocule dans les solutions de continuité légères ou étendues.

L'affection ressemble en somme beaucoup aux *clous* que l'on observe dans l'Asie centrale; il appartient à la famille nosologique des ulcères phagédéniques des pays chauds : Guyane, Mozambique, Madagascar, Gabon, etc... L'auteur a trouvé le microbe dans le sang pris au niveau de l'ulcère ou même à une grande distance. F. BALZER.

De la réaction de la salive sur le calomel comme moyen de diagnostic de l'intoxication par l'iodoforme, par BURLUREAUX (*Cong. intern. de dermat. Paris*, 1889).

Il s'agit d'un jeune soldat envoyé au Val-de-Grâce avec une éruption scarlatiniforme généralisée trois jours après l'application sur le bras gauche d'un pansement à l'iodoforme. Quelques phénomènes généraux; la température ne dépassa pas 38°. Trois jours après, il y eut une desquamation en lamelles sur le bras gauche, furfuracée sur le reste du corps. On songeait à la scarlatine, mais les signes suivants vinrent modifier le diagnostic :

1° Le malade accuse le goût d'iodoforme, on lui met une pièce d'argent dans la bouche, il perçoit aussitôt le goût alliacé;

2° En mélangeant un peu de salive à une pincée de calomel, on obtient une teinte jaune serin caractéristique. CHEVALET.

Ein Fall von Sulfonal-Exanthem (Eruption due au sulfonal), par G. MERKEL (*Münch. med. Woch.*, *n°* 26, *p.* 449, 25 *juin* 1889).

Chez un malade atteint de méningite cérébro-spinale, qui avait pris 1 gramme de sulfonal, puis 2 grammes, deux jours de suite, se développa un exanthème formé de petites taches de coloration scarlatiniforme, de distribution symétrique, occupant les aisselles et les replis inguinaux. Il s'étendit à l'épaule, aux bras et aux cuisses, et les éléments, devenant confluents, formèrent de larges plaques rouges. L'éruption disparut rapidement. P. T.

Eruptions de l'intoxication urique, par QUINQUAUD (*Cong. internat. de dermat. Paris*, 1889).

L'injection d'acide urique ne provoque aucun trouble cutané chez le lapin et le cobaye. Chez le chien on provoque facilement l'apparition de

vésicules, quelquefois de papules et de pustules, mais toujours disséminées et peu nombreuses.

Chez l'homme qui absorbe chaque jour 20 à 40 centigrammes d'acide urique on voit apparaître une éruption furonculeuse, parfois quelques taches érythémateuses ou quelques papules, mais jamais une dermatose vraie.

Il semble que chez certains sujets, les rhumatisants nerveux en particulier, il existe une véritable intoxication urique. Il peut exister une éruption lichénoïde, pustuleuse ou vésiculeuse avec fièvre, et dans ce cas la proportion d'acide urique baisse dans les urines et augmente dans le sang malgré la fièvre. CHEVALET.

Die Schicksale der congenital luetischen Kinder (Le sort des enfants atteints de syphilis congénitale), par HOCHSINGER (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 3, *p.* 95, 1er *février* 1890).

Les recherches faites à la policlinique de pédiatrie de Vienne, ont porté sur 265 enfants, dont 63 ont été suivis plus de quatre ans; sur ce dernier nombre, 11 ont été observés de dix à vingt ans.

L'âge de 6 ans est le dernier auquel Hochsinger ait encore constaté des récidives de papules sur les muqueuses, sous forme de papillomes proliférants du dos de la langue; il n'a pas observé de papules cutanées au delà de l'âge de 4 ans.

Toutes les récidives à des âges ultérieurs concernaient des gommes des os ou des muqueuses.

Aucun des 63 enfants suivis plus de quatre ans ne présentait soit les altérations dentaires de Hutchinson, soit de la kératite parenchymateuse, soit de la surdité.

D'autres symptômes manifestes de la syphilis ont été notés jusqu'à l'âge de 12 ans. En revanche, 18 individus compris entre les âges de 4 et 20 ans n'en présentaient pas le moindre vestige.

Un groupe de 25 autres enfants n'a jamais offert de signes évidents de syphilis, mais tous présentaient quelque anomalie : affaissement du nez, cicatrices rayonnantes des lèvres ou des narines, rugosités des ongles, implantation irrégulière des cils, arrêt du développement physique, anémie, retard de la puberté.

Il n'y a aucun rapport entre la scrofule et la syphilis congénitale. Quant au rachitisme, la syphilis congénitale en est une cause, comme les autres troubles de la nutrition. Aussi la majorité des enfants atteints de syphilis héréditaire sont-ils rachitiques; leur rachitisme porte plutôt sur le crâne que sur les os des membres.

Comme traitement, Hochsinger administre le protoiodure de mercure à la dose quotidienne de 2 ou 3 centigrammes répartis en 3 prises. Il en continue l'administration encore de quatre à six semaines après la disparition de tous les phénomènes morbides. Dans quelques formes ulcéreuses graves, il a recours aux frictions quotidiennes avec 50 centigrammes d'onguent gris. J. B.

Contribution à l'étude des lésions viscérales dans la syphilis héréditaire; lésions du foie, par HUDELO (*Thèse de Paris*, 1890).

Les altérations hépatiques sont fréquentes dans la syphilis héréditaire

précoce, sans qu'on puisse établir une proportion exacte. La forme la plus fréquente et la plus précoce est la forme décrite par Gubler, le foie silex; la forme gommeuse est infiniment plus rare. La virulence de la syphilis transmise est la cause principale des lésions hépatiques.

Macroscopiquement, on peut trouver chez les hérédo-syphilitiques le foie gras et congestionné, le foie silex pur généralisé ou partiel, le foie avec syphilomes miliaires (grains de semoule), enfin le foie avec nodules gommeux ou tumeurs gommeuses. La périhépatite est de règle. La rate est souvent atteinte.

Microscopiquement au début il y a un stade passager de congestion capillaire intense avec stase leucocytique ; puis vient une infiltration embryonnaire généralisée, avec amas embryonnaires plus ou moins nombreux et étendus. La cellule hépatique est peu atteinte. Enfin à l'infiltration interstitielle diffuse succédera la sclérose diffuse; elle pourra prédominer et constituer à elle seule la lésion; mais le plus souvent on trouvera des îlots de sclérose circonscrite, qui d'abord syphilomes miliaires pourront devenir, si l'enfant survit, nodules gommeux ou même tumeur gommeuse.

Les lésions hépatiques évoluent souvent d'une manière silencieuse; elles sont dévoilées parfois par des hémorragies, la teinte sombre et bistrée des téguments, l'augmentation de volume du foie et de la rate, et l'ascite. L'évolution est en général rapide, l'apparition de symptômes péritonéaux est l'indice d'une mort prochaine. Cependant l'enfant peut guérir.

Dans la syphilis héréditaire tardive, les lésions du foie sont rares; elles se montrent surtout de 10 à 20 ans, sont plus fréquentes chez les filles.

Microscopiquement on peut rencontrer trois formes : cirrhotique, gommeuse, amyloïde. La périhépatite est constante. La rate et le rein peuvent être atteints.

Au microscope il n'y a pas de différences essentielles avec la syphilis précoce, l'altération sera diffuse ou circonscrite et donnera lieu soit à l'hépatite interstitielle, soit à la formation de gommes.

La syphilis hépatique héréditaire tardive a un début lent et insidieux : affaiblissement progressif, parfois ictère ou ascite. Il y aura parfois d'autres signes de syphilis héréditaire. A la période d'état l'augmentation de volume, l'induration du foie, font faire le diagnostic. La marche est le plus souvent subaiguë, le pronostic presque toujours fatal.

V. CHEVALET.

Recherches sur la syphilis tertiaire. Echéances du tertiarisme. Qualité et fréquence comparées des diverses manifestations qui constituent le tertiarisme, par FOURNIER (*Archives de médecine, septembre* 1889).

Fournier a établi les échéances du tertiarisme d'après l'analyse de 2395 cas observés dans sa clientèle de ville. D'après ces faits, la fréquence relative des manifestations du tertiarisme subit une ascension considérable de la 1re à la 3e année. Elle atteint son apogée à la 3e année. De la 4e à la 11e, elle décroît d'une façon continue, tout en restant assez élevée. De la 11e à la 20e année, elle décroît encore, mais d'une façon plus lente. De la 21e à la 30e année, elle conserve un niveau uni-

forme; elle devient rare dans ces limites. Passé 30 ans, le tertiarisme devient exceptionnel.

Le tertiarisme peut être très précoce, jusqu'à prendre place dans les premiers mois de la maladie (129 affections tertiaires réparties sur 106 malades).

Sur 3429 cas de syphilis tertiaire, les lésions les plus fréquentes sont les lésions nerveuses (1085 cas), les syphilides tertiaires (787 cas), les lésions osseuses (336). Puis viennent les lésions tertiaires du voile du palais (179), des organes génitaux (157), de la langue (152), du squelette nasal et palatin (173), du testicule (145), etc.

Fournier signale une nouvelle manifestation du tertiarisme, des atrophies musculaires (19 cas).

La fréquence des lésions du système nerveux dans le tertiarisme constitue un fait tout à fait nouveau. Cette fréquence est telle qu'on peut dire que le principe de la syphilis (virus ou microbe) est un véritable poison du système nerveux. RICHARDIÈRE.

I. — **De la syphilis médullaire précoce, par GILBERT et LION** (*Arch. de méd., octobre, novembre, décembre* 1889).

II. — **Meningitis luetica, par HESS** (*Deutsch. med. Woch., n° 52, p.* 1076, 1889).

III. — **Folie et paralysie générale syphilitiques, par MAURIAC** (*Gaz. hebd. de méd. et chir., mai* 1889).

I. — La syphilis médullaire précoce, apparaissant dans la première ou la seconde année de la maladie, est relativement assez fréquente. Les auteurs ont pu, en effet, en réunir 56 observations (44 de syphilis médullaire isolée, 12 de syphilis cérébro-médullaire).

La syphilis médullaire précoce s'annonce le plus souvent par des troubles de la sensibilité (rachialgie, fourmillements, douleurs) parfois par des troubles de la motilité (lourdeur des jambes, faiblesse, etc.), quelquefois par des troubles urinaires.

Une fois constituée, la maladie se caractérise par des troubles de la motilité (paraplégie dans l'immense majorité des cas), par la paralysie des sphincters presque constante, par des troubles de la sensibilité consistant en douleurs et en paresthésies. On note l'existence assez fréquente de troubles trophiques divers, d'amyotrophies. 15 fois seulement ces troubles nerveux se sont accompagnés de manifestations syphilitiques. La marche de la maladie est le plus souvent rapide. Elle peut se terminer par la guérison grâce au traitement antisyphilitique dans les 2/3 des cas. Elle peut se terminer encore par la mort ou le passage à l'état chronique.

Dans la syphilis cérébro-spinale précoce, les symptômes médullaires sont dominés par les accidents cérébraux.

L'étude des lésions trouvées à l'autopsie des sujets morts dans le cours d'une syphilis médullaire précoce montre que ces lésions peuvent être rapportées à 3 formes.

Dans une première forme, il n'existe aucune altération visible à l'œil nu. Microscopiquement on constate l'existence d'une véritable méningo-myélite diffuse embryonnaire.

Dans une 2e forme, qui paraît être l'aboutissant de la première, les

lésions sont celles d'une méningo-myélite diffuse scléreuse. La première forme paraît encore pouvoir aboutir à la production d'une méningo-myélite gommeuse.

Une dernière forme est constituée par le ramollissement de la moelle, par une méningo-myélite hyperémique et nécrobiotique. L'origine syphilitique de cette forme paraît contestable à quelques auteurs. RICHARDIÈRE.

II. — Un homme de 38 ans a depuis un an des accès épileptiformes incomplets : fourmillement de la main droite, perte de la parole, parésie du bras gauche, puis de la jambe droite, nystagmus, pas de perte de connaissance complète. Les accès durent 3/4 d'heure; ils sont suivis d'un abattement très marqué.

L'auteur constate les signes suivants : perte de la mémoire, parole lente, diminution de l'intelligence. Le malade est gai, rit sans motif. Léger ptosis à droite, myosis; paralysie faciale à gauche, incomplète. Tremblement de la langue, marche incertaine. Exagération des réflexes rotuliens.

L'auteur admet une méningite syphilitique (le malade a eu un chancre il y a 20 ans) avec lésions prédominantes au niveau des circonvolutions centrales, des 2 côtés. L. GALLIARD.

III. — Il n'existe pas une seule détermination de la syphilis sur le cerveau qui ne porte une atteinte plus ou moins sérieuse et durable aux facultés psychiques. D'autre part, la folie essentielle d'origine syphilitique est extraordinairement rare. Presque toujours, la folie s'associe à des lésions matérielles et à des troubles encéphaliques variables.

Les troubles psychiques produits par la syphilis sont extrêmement variables. On peut observer tantôt et le plus communément des phénomènes de dépression intellectuelle et morale; ces phénomènes de dépression peuvent être précédés, accompagnés ou suivis d'un ou plusieurs symptômes paralytiques ou convulsifs.

Les perturbations psychiques qu'on peut encore observer et qui méritent à quelque titre le nom de folie syphilitique sont beaucoup plus rares. Elles se caractérisent par de l'excitation cérébrale et du délire.

Les lésions n'ont rien de spécifique. Ce sont des méningites plus ou moins circonscrites, avec ou sans foyer gommeux, périencéphalites, sclérose cérébrale, artério-sclérose, etc.

L'auteur n'admet pas que la syphilis puisse créer de toutes pièces la paralysie générale. Il admet seulement qu'elle peut produire des combinaisons de symptômes rappelant la paralysie générale sans se confondre avec elle. RICHARDIÈRE.

I. — **Nervus vagus und Angina pectoris, par OBOLENSKY** (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 52, p. 1125, 30 décembre 1889*).

II. — **Ueber syphilitische Aortenaneurysma, par BUCHWALD** (*Deutsche med. Woch., n° 52, p. 1057, 1889*).

I.— Obolensky donne le cas suivant comme un exemple d'angine de poitrine causé par une névralgie du pneumogastrique, d'origine syphilitique.

Officier obèse, âgé de 42 ans. A 19 ans, névralgies des membres inférieurs avec affaiblissement, qui allèrent croissant et l'obligèrent, au bout de deux mois, à prendre le lit; il y resta trois mois, incapable du moindre mouvement sans aide. L'iodure de potassium seul le guérit en trois mois. Depuis lors, il eut sans cause appréciable deux nouvelles atteintes semblables dans

lesquelles les douleurs étaient surtout intolérables la nuit et qui cédèrent rapidement au traitement ioduré.

Il y a six mois : dans une collision de trains, le malade fut projeté, la poitrine en avant, contre une banquette de wagon, avec tant de violence, qu'il demeura près d'une minute sans pouvoir respirer. Quelques semaines plus tard, il commençait à éprouver des douleurs sternales, des palpitations et de l'oppression dès qu'il marchait un peu vite. Puis les accès angineux s'accusant, il n'a plus pu faire quelques pas sans en avoir un. Le sommeil même ne les fait pas cesser. Le thé, les repas en provoquent le retour.

Pas trace d'artério-sclérose; pas d'augmentation de la matité cardiaque. Le malade très grand, très gras et très musclé pèse 280 livres.

Pouls faible, dépressible et régulier, même durant les accès.

Sensibilité à la pression du nerf pneumogastrique gauche, au niveau du cou. Sous l'influence de cinq petits vésicatoires appliqués successivement au niveau du point douloureux du cou et de l'iodure de potassium, les accès angineux ont rapidement guéri en même temps que disparaissait la sensibilité à la pression du pneumogastrique cervical gauche. (*R. S. M.*, XXXI, 531.)

J. B.

II. — Deux cas d'anévrisme de l'aorte d'origine syphilitique :

1° Homme de 44 ans, syphilitique depuis six ans, ayant eu des manifestations spécifiques au nez, au larynx, etc., éprouvant enfin de la dyspnée. Signes de tumeur du médiastin : matité, dilatation des veines sous-cutanées; pas de souffle, pas de battements. L'iodure de potassium fait disparaître presque complètement la matité et le gonflement des veines. Le sujet se trouve bien pendant un an.

Au bout de ce temps, changement subit : cyanose, dyspnée, compression des bronches, compression des veines caves inférieure et supérieure. Pas d'amélioration par l'iodure de potassium. Mort en douze jours.

A l'autopsie, anévrisme de l'aorte ascendante, gros comme un poing d'adulte. Cet anévrisme avait eu d'abord une tendance à se développer en avant, mais ce développement a été entravé par des cicatrices et des caillots solidement organisés. Il s'est alors reporté en arrière, et l'on trouve de ce côté de grosses masses de caillots récents.

2° Homme de 40 ans, atteint de dilatation aortique et d'induration des artères de la périphérie, plus tard symptômes d'insuffisance cardiaque.

Après avoir constaté la diminution des pulsations aortiques et de la matité sternale, on vit apparaître des épanchements thoraciques, de l'ascite; sous l'influence du traitement, ces manifestations s'amendèrent progressivement, il y eut guérison partielle. Or, le sujet était syphilitique. Dans ce cas, pas d'autopsie.

L'auteur pense que les syphilitiques ont fréquemment des altérations vasculaires avec anévrismes consécutifs et aussi des myocardites.

Il a vu plusieurs sujets chez qui les cardiopathies chroniques ne pouvaient être attribuées qu'à la syphilis et qui, sous l'influence du traitement spécifique, ont guéri. Quelques-uns ont été seulement améliorés par le traitement.

La myocardite syphilitique est plus fréquente qu'on ne l'admet en général.

L. GALLIARD.

Artériopathies syphilitiques, par MAURIAC (*Archives de médecine, mai et juin 1889*).

Les artériopathies syphilitiques appartiennent dans la grande majorité des cas à la période tertiaire de la syphilis. En prenant pour type

l'artériosyphilose intracranienne, on est tenté de croire que les syphilis bénignes la produisent plus aisément que les syphilis graves.

Un caractère frappant de l'artériosyphilose est son siège sur les petites artères, principalement sur celles du cerveau. Il est rare qu'elle se généralise. La plupart du temps, elle se borne à une seule artère ou à une partie de cette artère. Souvent, elle est bilatérale et symétrique.

Elle est très rarement aiguë ou subaiguë. Quand elle se produit suivant ce mode, les trois tuniques sont envahies à peu près simultanément. La périartérite est la première en date. L'endartérite syphilitique isolée est exceptionnelle, si tant est qu'elle existe.

Le caractère essentiel de l'artériosyphilose aiguë est la production rapide d'une grande quantité de cellules embryonnaires qui a pour résultat d'augmenter le volume du vaisseau, d'épaissir ses parois et de diminuer son calibre. Le processus aboutit à l'oblitération du vaisseau.

Dans les artériopathies syphilitiques chroniques, la chronicité résulte de l'organisation plus ou moins rapide des éléments embryonnaires et de leur transformation en un tissu scléreux ou gommeux. Dans l'artérite chronique, la tunique moyenne disparaît quelquefois complètement; c'est là une des principales causes et l'origine d'un grand nombre d'anévrismes.

L'athérome est rare, mais peut cependant exister.

Les symptômes dérivent moins de la lésion que de ses conséquences. Ils ont pour origine les viscères plutôt que les parties externes du corps. Le cerveau est naturellement le viscère qui donne lieu au plus grand nombre de symptômes. Après le cerveau, vient le cœur avec l'artériopathie des coronaires.

Les artériosyphiloses prédisposent à la dilatation et à l'anévrisme des grosses et des petites artères.

Il existe par conséquent une classe d'anévrismes syphilitiques susceptibles d'être influencés favorablement par le traitement antisyphilitique. RICHARDIÈRE.

Hémiatrophie linguale d'origine syphilitique, par MAURIAC (*Cong. internat. de dermat., Paris*, 1889).

Le malade âgé de 40 ans a eu la syphilis 14 ans avant, il a toujours négligé le traitement. Après des malaises prodromiques qui durèrent deux mois, il fut pris de gêne de la parole, de difficulté de prononcer certains mots, puis bientôt de tremblotement de la main droite et de parésie de ce côté. Les lésions de la langue sont de beaucoup prédominantes; hémiatrophie droite très accentuée. Amélioration rapide sous l'influence du traitement; la langue reste atrophiée. Peu après apparaît une parésie du moteur oculaire commun du côté droit, qui existe encore. Le malade ne présente aucun signe d'ataxie; il s'agit sans doute d'un syphilome de la base du cerveau ayant intéressé à la fois le noyau de l'hypoglosse et celui du moteur oculaire commun. CHEVALET.

Syphilide simulant le lupus érythémateux, par A. FOURNIER (*Cong. internat. de dermat., Paris*, 1889).

Une jeune femme de 26 ans présente à la lèvre inférieure une lésion érythémato-papuleuse, occupant les trois quarts de la lèvre. Cette lésion, datant de huit à neuf mois, forme une nappe rouge, légèrement saillante à contours

bien définis, elle est lisse, sans saillies ni tubercules, absolument indolente. Santé parfaite, pas de signes concomitants, pas de commémoratifs; le mari est absolument sain. Diagnostic : lupus érythémateux; traitement : scarifications.

Peu après se développe une kératite parenchymateuse, compliquée d'iritis d'origine nettement syphilitique. Le traitement mixte est institué, cinq semaines plus tard la malade est guérie et de son ophtalmie et de son prétendu lupus. CHEVALET.

De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement, par Louis JULLIEN (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 *novembre* 1889).

Jullien regarde comme fréquente la concomitance de la dilatation de l'estomac avec les lésions ultimes de la syphilis. Sur 72 malades, il en a trouvé 21 dyspeptiques. Pour expliquer cette coïncidence morbide, il croit devoir invoquer deux facteurs : l'influence thérapeutique d'une part, et, d'autre part, l'influence des lésions de structure du foie. La première est manifeste, ainsi que le prouve souvent l'intolérance de l'estomac à l'égard de certaines préparations hydrargyriques et iodurées. Quant à la lésion de structure du foie, elle consiste en un état précirrhotique, qui peut ne pas dégénérer en cirrhose, mais qui ne rétrocède jamais, au point que l'organe revienne *ad integrum*.

La dilatation de l'estomac engendre des symptômes nerveux variés et simule certains accidents de la phase tertiaire, et, si ces derniers existent, elle les complique et les aggrave. Aussi doit-on s'efforcer d'établir un diagnostic exact, ce qui n'est souvent possible qu'à la faveur d'une thérapeutique d'épreuve soit pour la syphilis soit pour la dyspepsie.

S'il est démontré que les deux processus coexistent, on doit instituer un double traitement et combattre la syphilis sans l'intervention de l'ingestion stomacale, c'est-à-dire par les injections sous-cutanées mercurielles et les lavements iodurés. OZENNE.

Ueber Mastdarmsyphilis (Syphilis rectale), par SCHUCHARDT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 52, *p.* 1074, 1889).

Fille de 28 ans, syphilisée à l'âge de 24 ans, présentant depuis deux années des tuméfactions éléphantiasiques au voisinage de l'anus et à l'entrée du vagin, sur lesquelles le traitement spécifique n'a exercé aucune influence. Dans le rectum, on trouve des tumeurs molles, sessiles ou pédiculées, implantées sur une surface ulcérée. L'ulcère commence immédiatement au-dessus du sphincter anal.

Douleurs vives, suppuration abondante.

Le traitement local énergique n'ayant pas produit d'effet suffisant, on extirpe le rectum. L'opérée est en bonne voie de guérison, très satisfaite de la suppression des douleurs.

L'examen de la pièce montre que le segment rectal extirpé a 6 centimètres de longueur. Il n'offre pas une ulcération annulaire ininterrompue, mais plusieurs ulcères séparés par des tractus de muqueuse saine; leur limite, du côté de la muqueuse saine, en haut, est marquée par une couronne de nodules de grandeur variable, allant de la tête d'épingle au gros pois, peu saillants, faiblement indurés. Ce sont de petites gommes, contenant des éléments embryonnaires et des cellules géantes, sans caséification. L. GALLIARD.

Les syphilides précoces du col de l'utérus, par R. DE LUCA (*Sicilia medica, nos 11 et 12, p. 922, 1889*).

De Luca a fait des recherches sur 150 femmes atteintes de syphilides précoces; 10 fois il a constaté la présence de syphilides sur le col de l'utérus; ces syphilides se répartissent ainsi : un cas de syphilide érythémateuse, 5 de syphilides érythémato-érosives, 4 de syphilides papuleuses.

Luca énumère les différents signes qui permettent le diagnostic de ces syphilides (disposition arrondie des éléments éruptifs, position excentrique par rapport au centre de l'organe, disparition rapide, coexistence d'autres manifestations de la syphilis sur le reste du corps, fréquence des adénites pelviennes, etc.); il insiste sur l'utilité pour le diagnostic de la recherche de ces lympho-adénites, dont on admettait seulement jusqu'alors la coïncidence avec le chancre.

La *syphilide érythémateuse* se présente sous forme de macules de coloration rouge-cuivre, de la dimension d'une lentille, à bords nets et lisses ; ces macules disparaissent par la pression ; quelquefois elles sont confluentes et par suite constituent un *érythème diffus* du col ; celui-ci est alors luisant et violacé comme un col d'utérus gravide; l'érythème se délimite brusquement à la périphérie et ses bords sont festonnés; pas de sécrétion de la muqueuse ni d'augmentation dans la consistance de l'organe ; cette variété de syphilide peut être regardée comme l'avant-garde de manifestations spécifiques ultérieures. On pourrait confondre l'érythème syphilitique du col avec la congestion du début de la grossesse, d'autant mieux que l'aménorrhée accompagne souvent la syphilis utérine; mais l'évolution rapide de la lésion lèvera tous les doutes; quant au diagnostic avec la blennorragie cervicale, il est des plus faciles : la blennorragie n'est pas limitée au col, elle détermine des érosions et des granulations et s'accompagne d'une sécrétion purulente.

Les *syphilides érythémato-érosives* succèdent presque toujours à la syphilis érythémateuse; très fréquentes, elles sont constituées par des érosions superficielles, à fond cuivré, à situation excentrique, etc.; il faut les distinguer d'avec les érosions de la blennorragie, et celles de l'herpès (présence de vésicules, ulcérations à bords polycycliques, herpès concomitant de la vulve).

Les *syphilides papuleuses* sont quelquefois surmontées de vésicules, observées pour la première fois par Ferrari; ces vésicules traduisent l'acuité du processus; on constate en effet, quand elles existent, de la rougeur et de la chaleur du vagin, ainsi que de la douleur; il est facile de les différencier d'avec les ulcérations tuberculeuses et les granulations de la métrite. G. LYON.

Ueber Sterilitas virilis, par CASPER (*Berlin. klin. Woch., n° 5, p. 111, 3 février 1890*).

Casper a observé le fait suivant très curieux :

Un homme de 30 ans est marié depuis deux ans à une jeune femme ne présentant rien qui puisse expliquer la stérilité du ménage. Il y a huit ans l'homme a eu une chaudepisse compliquée d'épididymite gauche et de rétrécissements, mais il nie tout antécédent syphilitique. Ses organes sexuels sont

normalement conformés, les testicules n'offrent pas d'induration; mais au niveau de l'épididyme gauche se trouve un petit épaississement gros comme un haricot, vestige de l'ancienne inflammation. La prostate, les vésicules séminales sont normales; l'urètre se laisse franchir par le n° 22 de la filière Charrière. Tuméfaction universelle des ganglions lymphatiques, surtout aux aines. Rougeur vive, sécheresse et brillant de la paroi pharyngée postérieure; sur l'amygdale droite, ulcération à bords déchiquetés et à enduit purulent; ni alopécie, ni roséole. Sperme normal de qualité et d'aspect, mais ne renfermant pas de spermatozoïdes. Après deux mois d'un traitement spécifique, il n'y avait plus que quelques ganglions, et le sperme contenait cinq animalcules à mouvements paresseux. Après une nouvelle période de deux mois, le sperme renfermait dans le champ visuel vingt animalcules très vifs. Bientôt la femme devint grosse et, dix mois plus tard, elle mettait au monde un enfant offrant tous les signes de la syphilis héréditaire, sans avoir présenté elle-même de manifestations syphilitiques.

L'auteur fait précéder cette observation de quelques considérations sur les deux formes de la stérilité masculine, l'absence d'émission spermatique et l'azoospermie. J. B.

Syphilis et santé publique, par BARTHÉLEMY (1 *vol., avec* 5 *pl. Paris,* 1890).

L'ouvrage se divise en deux parties: dans la première, l'auteur étudie les méfaits de la syphilis et montre dans un chapitre intitulé : « Les Inviteuses » qu'elle trouve une de ses sources principales dans la prostitution clandestine. Mais la syphilis est loin d'être causée uniquement par la débauche et de constituer un stigmate de libertinage; elle frappe surtout les innocents et crée un danger permanent pour l'entourage, le syphilitique constituant un véritable foyer contagieux pendant plusieurs années. C'est là un des principaux arguments à mettre en lumière pour la réglementation de la prostitution. Le nombre formidable des avortements, le chiffre de la mortalité en bas âge, l'anéantissement complet de certaines familles, la permanence des infirmités redoutables chez ceux qui survivent, surdité, cécité, épilepsie, etc..., telles sont les conséquences de la syphilis, conséquences qui atteignent les innocents et que la société ne peut ni méconnaître ni négliger.

Que fait-on pour prévenir cette diffusion redoutable de la maladie? Les mesures de réglementation autrefois trop sévères et appliquées sans discernement suffisant, ont peu à peu subi un relâchement trop complet, sous l'influence d'idées de liberté mal comprise.

L'opinion publique combat la réglementation ou tout au moins reste indifférente à son application, parce qu'elle voit en elle une atteinte à la liberté individuelle, et d'autre part, une injustice, en ce sens qu'elle frappe la femme à l'exclusion de l'homme.

Ces arguments de haute valeur ne sauraient cependant prévaloir contre le droit qu'a la société de se défendre contre la prostitution et surtout contre la prostitution clandestine, assimilée à un commerce dangereux qui doit être surveillé au même titre que la vente des produits frelatés et nuisibles à la santé. Puisque la prostitution est un mal inévitable ou même nécessaire, encore faut-il l'assainir et limiter les dégâts qu'elle cause. Pour cela il faut agir contre la vérole, et le mieux serait de n'agir que contre la vérole seule; les autres maladies vénériennes ne sévissent guère que contre l'individu atteint, elles ne se propagent que

rarement à l'entourage et surtout n'ont pas les mêmes conséquences funestes pour la race. C'est donc la syphilis qu'il faut viser dans les règlements, et pour ne point entreprendre une œuvre impossible, il faut encore limiter l'action de la surveillance à la période contagieuse de la maladie.

Nous ne pouvons indiquer ici que les principales raisons sur lesquelles l'auteur s'appuie pour réclamer la mise en vigueur d'une nouvelle réglementation de la prostitution. Nous renvoyons le lecteur à ce très intéressant ouvrage pour ce qui concerne les procédés à employer, les règlements à édicter, l'organisation hospitalière, etc... F. BALZER.

Traitement de la syphilis par le sparadrap au calomel, par QUINQUAUD (*Cong. internat. de dermat., Paris*, 1889).

Pour éviter les inconvénients présentés par les différents modes de médication mercurielle, l'auteur emploie le sparadrap au calomel (emplâtre diachylon, 1,000; calomel, 1,000, huile de ricin, 300), placé sur la peau.

On savonne d'abord la peau, puis on applique un décimètre carré de l'emplâtre; on le laisse huit jours en place, on cesse huit jours, puis on recommence.

Le mercure apparaît dans les urines le quatrième, cinquième ou sixième jour après l'application. L'élimination atteint son maximum du huitième au quinzième jour. On peut encore trouver dans l'urine des traces de mercure un mois et même six semaines après qu'on a cessé l'application.

Avec un emplâtre d'un décimètre carré appliqué pendant huit jours on n'a pas de salivation. Si l'on double la surface du sparadrap on pourra observer une salivation légère sans stomatite. CHEVALET.

Die Behandlung der Syphilis mittelst Injectionen von Oleum cinereum, par MANDRY (*Deutsche med. Woch.*, n° 85, *p.* 718, 1889).

L'auteur a pratiqué les injections d'huile grise, suivant la formule de Lang, chez 107 syphilitiques (81 femmes et 26 hommes). Chaque sujet a subi en moyenne 5 injections; le lieu d'élection était la fesse, et l'on renouvelait l'opération tous les huit jours. Le stomatite s'est manifestée dans 19 0/0 des cas. Les injections ne sont pas douloureuses.

Durée moyenne du traitement, 45 jours.

Voici les résultats : guérison dans 72 0/0 des cas, amélioration dans 10 0/0, état stationnaire dans 12 0/0, insuccès dans 3 0/0, renseignements incomplets dans 3 0/0.

L'huile grise est donc un médicament aussi efficace et aussi sûr que les antisyphilitiques usuels; elle agit peut-être un peu moins rapidement que l'onguent gris et le calomel. Elle convient parfaitement pour les syphilitiques ambulants, tandis que pour les hospitalisés les frictions sont préférables. L. GALLIARD.

Tumeur d'origine thérapeutique (injection de mercure métallique), par AUGAGNEUR (*Lyon méd.*, *p.* 455, 30 *mars* 1890).

Malade à qui l'on fit pour la syphilis, deux injections, dans la fesse, de 6 grammes et 8 grammes de mercure métallique. Récidives fréquentes de stu-

matite ulcéreuse. Après une chute sur la fesse, nouvelle stomatite grave. A... enlève la tumeur formée au point des injections et trouve dans le grand fessier du mercure métallique. A. C.

Ueber Complicationen bei Ulcus molle, par PETZOLD (*Archiv f. Derm. und Syph., Heft* 1-2, 1890).

Dans sa dissertation inaugurale, l'auteur donne la statistique des chancres mous observés au Julius-Hospital de Würtzbourg. 102 cas ont été observés depuis 1885 jusqu'à 1888. On a signalé les complications suivantes : gangrène, 2 fois ; phagédénisme, 2 fois ; marche serpigineuse, 1 fois ; ulcère du frein, 1 fois ; phimosis, 6 fois ; phimosis avec balano-posthite, 2 fois ; paraphimosis, 1 fois ; condylomes acuminés, 6 fois ; bartholinite, 1 fois ; lymphadénite inguinale, 93 fois ; cette lymphadénite inguinale fut suivie de suppuration, 20 fois. F. BALZER.

Des fistules urétro-péniennes consécutives au chancre simple et à la syphilis par HUMBERT (*Cong. internat. de dermat., Paris* 1889).

Ces fistules succèdent aux chancres simples, phagédéniques ou sous-préputiaux, ou aux syphilomes ulcéreux. Les fistules syphilitiques sont les plus fréquentes et se produisent de bonne heure. Elles peuvent être ramenées à quatre variétés : fistules de la rainure balano-préputiale, de la fosse naviculaire, du corps du pénis, destruction de toute la portion pénienne de l'urètre. La seconde variété est la plus fréquente. Ces fistules diffèrent de celles qui sont produites par les traumatismes, les rétrécissements de l'urètre par la blennorragie. Elles siègent presque toujours à l'extrémité antérieure de l'urètre pénien, se forment de dehors en dedans et s'accompagnent de mutilations de la verge souvent considérables.

Le traitement chirurgical comprend l'occlusion de la fistule, et la correction autant que faire se peut des difformités du pénis. CHEVALET.

Ricerche sperimentali sulla natura intima del contagio dell' ulcera venerea e sulla patogenesi del bubone venereo (Nature du contage de l'ulcère vénérien ; pathogénie du bubon), par DUCREY (*Giorn. ital. dell mal. vener., décembre* 1889, *fasc.* 4, *et Congrès de dermat. de Paris,* 1889).

Cet intéressant travail débute par une revue des recherches antérieures sur l'inoculabilité et la nature du chancre mou ; personne n'a pu trouver jusqu'ici l'élément spécifique, mais personne n'est autorisé à en nier l'existence. Seul, De Luca a décrit un microcoque très petit qu'il est parvenu à cultiver. L'auteur a essayé d'obtenir également le microbe spécial du chancre mou par les procédés de culture ordinaires ; il n'a pu réussir à obtenir comme De Luca des colonies de microcoques qui puissent reproduire le chancre mou par inoculation à l'homme. Il a cherché alors à obtenir l'isolement du microbe spécial au moyen d'inoculations répétées du pus chancreux obtenu par générations successives sur la peau de l'homme et dans des conditions aseptiques réalisées d'une manière aussi rigoureuse que possible. La première inoculation donne un pus qui contient une véritable flore de micro-organismes faciles à cultiver ; mais leur nombre décroît dans les générations suivantes obtenues par les inoculations successives. Vers la cinquième ou sixième on

a un pus qui conserve la virulence caractéristique du chancre mou et qui le reproduit par inoculation tout en restant stérile dans les milieux de culture. Ce pus contient un organisme spécial, une bactérie longue de 1,48 μ, en forme de bacille court et gros, ou bien en huit de chiffre. Il siège quelquefois dans les cellules et de préférence dans les espaces libres. Il présente une grande affinité pour la fuchsine et le violet de gentiane. Il ne se colore pas par les méthodes de Gram et de Kühne. Quant aux autres organismes qualifiés jusqu'ici d'agents du chancre mou et facilement cultivables, ils doivent être considérés pour cette raison comme étrangers au processus chancreux.

Une température de 39 à 40° paralyse le développement de ce contage. De plus, les chancres produits par le virus ainsi purifié peuvent donner des adénites.

De ses recherches sur les bubons consécutifs au chancre mou, l'auteur conclut qu'il n'existe qu'une seule forme d'adénite, la forme simple ou inflammatoire ; la forme ulcéreuse est accidentelle et causée par des inoculations consécutives à l'ouverture du bubon. Le pus que contient le bubon ne renferme pas les microbes que l'auteur a isolés dans le chancre mou, ni d'ailleurs les microbes de la suppuration. L'auteur explique la production des bubons par la réaction des tissus en présence des matériaux irritants qui proviennent du microbe de l'ulcère mou.

F. BALZER.

Die Ausschabung des Ulcus molle (Le raclage du chancre mou), par PETERSEN (*Monatsh. f. prakt Dermatol.*, *X*, n° 9).

L'auteur, après avoir lavé le chancre avec une solution d'acide phénique ou de sublimé, et l'avoir anesthésié par une injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne, le racle avec une petite curette et le transforme ainsi en une plaie simple qui, traitée par l'iodoforme ou le sublimé, guérit en moyenne au bout de quelques jours, tandis qu'avec les modes actuels de traitement la durée moyenne est de 19 jours. Petersen en un an et demi a pratiqué 300 fois ce raclage. HALLOPEAU.

I. — **Recherches bactériologiques sur l'intervention des microbes dans les complications génitales de la blennorragie, par ERAUD** (*Soc. de méd. de Lyon*, *Lyon méd.*, 9 *février* 1890).

II. — **Recherches sur les diastases et les leucomaïnes sécrétées par les microbes de la blennorragie, par ERAUD** (*Ibidem*, 9 *mars* 1890).

I et II. — D'après les recherches de l'auteur, il existe, parmi les microbes saprophytes de l'urètre normal de l'homme un staphylocoque dont les cultures injectées peuvent déterminer l'orchite. Ce staphylocoque, dit urétral, est semblable, sinon identique, au microbe trouvé dans l'orchite et la prostatite blennorragique. Par ensemencement sur agar-agar et sur gélatine de pus blennorragique, on obtient un diplocoque ressemblant beaucoup au gonocoque, et donnant les mêmes lésions d'orchite expérimentale.

Partant de ces premiers résultats, Eraud rechercha si les diastases et leucomaïnes de ces deux microbes, le gonocoque et le staphylocoque urétral, avaient des effets identiques. Les expériences instituées dans ce but

confirment cette identité. La diastase est, en effet, une substance phlogogène et pyogène ; injectée dans le testicule, elle amène l'orchite et même la suppuration. D'après Eraud, elle représenterait l'agent essentiel, sinon exclusif, de la suppuration dans ces cas de prostatite, d'orchite suppurée. Le microbe lui-même n'est pas pyogène, et la diastase qu'il sécrète l'est à un haut degré.

Pour les leucomaïnes, l'auteur n'a pas terminé ses recherches.

A. CARTAZ.

Die papillomatöse Schleimhautentzündung der Harnröhre (Sur l'inflammation papillomateuse de la muqueuse des conduits urinaires ; urétrite papillomateuse), par OBERLÄNDER (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *X*, *n*° 9).

Il existe une maladie assez commune de la muqueuse urinaire qui se caractérise, en même temps que par des phénomènes de catarrhe, par des néoformations papillomateuses que l'on trouve dans toute l'étendue des conduits urinaires. Cette urétrite papillomateuse peut exceptionnellement se développer en dehors de la blennorragie. Sa marche est subaiguë ou chronique : dans ce dernier cas, elle donne lieu à des rétrécissements persistants. Son traitement le plus simple et le plus efficace est l'écrasement par le procédé de l'auteur. H. HALLOPEAU.

Des lymphangites vénériennes de la verge, par ORVAL (*Thèse de Paris*, 1890).

Ces lymphangites sont tronculaires ou réticulaires ; elles peuvent rester localisées ou envahir tout l'organe. Les phénomènes de réaction peuvent manquer ; par la palpation on sent des cordons indurés mobiles sur la face dorsale de la verge. Il y a peut-être une lymphangite inflammatoire simple se produisant par la masturbation ou le coït sans être précédée d'aucune solution de continuité cutanée ou muqueuse. Elle est très rare. La blennorragie donne lieu à une lymphangite qui le plus souvent se termine par la résolution ; elle peut suppurer ; le pus n'est pas inoculable. Le chancre mou donne lieu à une lymphangite qui peut être simple et se termine par résolution, ou est virulente et suppure le plus souvent ; le pus est inoculable. La lymphangite causée par le chancre induré a une évolution torpide et lente, sans douleur ni phénomènes de réaction. S'il y a formation d'un abcès, après l'ouverture cet abcès prend l'aspect du chancre infectant. V. CHEVALET.

Traitement de l'urétrite blennorragique par le salol, par GIRAUD (*Thèse de Paris*, 1890).

Dans l'économie sous l'influence du suc pancréatique le salol se décompose en acides salicylique et phénique. Ces produits de décomposition passent rapidement dans l'urine, la rendent aseptique et peut-être antiseptique. Cette action est due à l'acide salicylique ; l'acide phénique est éliminé sous forme de phénylsulfate de soude probablement inactif. Le salol agit donc sur l'urètre comme une injection antiseptique. Son emploi modifie avantageusement l'écoulement ; il vaut mieux l'associer au cubèbe ou au copahu. Son action analgésique est réelle, mais souvent incomplète. Il n'est pas toujours efficace dans le rhumatisme blennorragique. On doit le donner à la dose de 4 à 5 grammes. Cette dose ne présente jamais d'inconvénients pour le malade. V. CHEVALET.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Beitrag zur Lehre von der Infectiosität der Neurosen, par B. HERZOG (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. Band XXI, Heft 1, p. 271*).

Par « infection psychique » « contagion psychique », certains psychiatres allemands entendent la transmission d'une psychose, d'une personne à une autre, par une sorte d'induction. Il s'agit, en somme, de ce que les auteurs français appellent la folie à deux, à trois, la folie communiquée. Tous les auteurs n'admettent pas ce mode de transmission de certaines psychoses. B. Herzog se livre à un examen critique des principales opinions qui ont été émises sur ce sujet, pour conclure que dans certains cas il y a transmission d'une psychose, par un mécanisme analogue à celui de la suggestion.

L'auteur cite ensuite un exemple « d'infection vraie » de troubles psychiques. La chose se passait entre époux : La femme avait des règles difficiles, de la dysménorrhée avec troubles digestifs concomitants. Or à l'approche de chaque période menstruelle, le mari était pris des mêmes troubles que sa femme, arrivant parfois à perdre du sang par l'anus. Cela durait 4 ou 5 jours, au bout desquels les époux jouissaient de nouveau d'une bonne santé pendant quatre semaines environ, sauf que le mari était hystérique de même que sa femme.

Suit un exemple de « pseudo-infection » c'est-à-dire de troubles psychiques survenus concomitamment chez deux époux hystériques, sous l'influence des mêmes causes occasionnelles et des mêmes conditions de milieu.

E. RICKLIN.

La folie à Paris ; la progression corrélative de la folie alcoolique et de la paralysie générale, par Paul GARNIER (*Annales d'hygiène publique, XXXII 5, janvier 1890, et vol. in-16, Paris, 1890*).

La statistique de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la préfecture de police démontre que le nombre des aliénés, à Paris, s'est accru, en ces dernières années, dans de fortes proportions, la fréquence de la folie ayant augmenté, de 1872 à 1888, de 30 0/0 environ.

La folie atteint régulièrement, chaque année, son maximum de fréquence en juin et semble être favorisée dans ses manifestations extérieures ou le développement des périodes d'accès, aussi bien chez l'homme que chez la femme, par une influence saisonnière vernale.

L'augmentation des cas d'aliénation mentale dans ces dernières années est, avant tout, le fait de deux types morbides, la folie alcoolique et la paralysie générale. Les psychoses essentielles, comme la manie, la mélancolie, le délire systématisé, restent à peu près stationnaires et sont, en général, deux fois plus communes chez la femme que chez l'homme.

La fréquence de la folie alcoolique est deux fois plus grande qu'il y a

quinze ans et les séquestrations dont elle est responsable ont augmenté de 25 0/0 dans le cours de la période triennale 1886 à 1888. Elle forme, aujourd'hui, à elle seule, près du tiers des cas d'aliénation mentale observés à l'Infirmerie spéciale. La femme a sa participation dans cette augmentation; elle est même plus marquée que celle de l'homme.

La folie alcoolique est soumise, dans son degré de fréquence, à de fortes variations mensuelles. Ce n'est pas à l'époque des mois les plus chauds qu'elle atteint ses plus hauts chiffres; sa recrudescence paraît se rapporter à une influence saisonnière vernale, le maximum mensuel étant en juin.

L'observation des modalités délirantes de l'alcoolisme prouve que les réactions qui se développent sous son influence sont de jour en jour plus violentes, plus attentatoires à la vie des personnes, conséquence qu'il est légitime d'attribuer à la toxicité des alcools d'industrie actuellement en usage.

La paralysie générale figure pour 12,27 0/0 dans le total des malades examinés au Dépôt; en quinze ans, sa fréquence a plus que doublé. Elle tend à devenir proportionnellement plus commune qu'autrefois chez la femme.

Plus encore que toute autre forme d'aliénation, la paralysie générale provoque le plus d'admissions au printemps; sa recrudescence est en mai.

La comparaison entre les graphiques qui marquent l'accroissement simultané de la folie alcoolique et de la paralysie générale établit que leur progression si rapide est corrélative; ce qui traduit clairement l'influence étiologique de l'alcoolisme sur le développement de l'encéphalite interstitielle diffuse. J. B.

Des rapports de la chorée chez l'adulte avec la folie, par Theod. DILLER (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 329, *avril* 1890).

Parmi les aliénés séjournant dans les hospices et asiles il a été possible de trouver 1 choréique sur 425 malades. Si la chorée persiste pendant un temps prolongé, elle détermine un trouble cérébral qui, dans nombre de cas, augmente progressivement et conduit à la démence; souvent alors même qu'il existe un trouble cérébral marqué avec la chorée, les malades conservent l'apparence de la santé la plus parfaite. La prédominance que l'on trouve chez l'enfant atteint de chorée aiguë se retrouve chez l'adulte au point de vue du sexe; les mêmes causes agissent, auxquelles il faut ajouter pour les adultes celles qui ne peuvent exister chez l'enfant, telles que l'épilepsie, le chagrin, etc. Une émotion violente peut les déterminer chez un adulte prédisposé. Cette prédisposition peut être amenée par des cas dans la famille, de folie, de chorée, d'épilepsie ou de quelque autre affection nerveuse; toute personne vulgairement dite « nerveuse » est prédisposée; mais si on l'observe chez un individu robuste, calme, elle est alors due au rhumatisme ou à des lésions cérébrales.

Des adultes ont été atteints de chorée pendant une attaque de rhumatisme; dans ce cas elle présente les mêmes caractères que chez l'enfant, mais avec une plus grande tendance à devenir chronique.

En somme, à tous les âges on peut rencontrer la chorée : on peut en

hériter directement, elle peut être congénitale. Enfin elle présente des rapports intimes avec l'épilepsie.

Les convulsions épileptiques peuvent être localisées à un seul côté (épilepsie jacksonnienne); le même caractère peut se retrouver dans la chorée. F. VERCHÈRE.

Des déviations du rachis dans leurs rapports avec la névropathie héréditaire, par LANDOIS (*Thèse de Paris*, 1889).

Selon cet auteur, qui soutient une théorie déjà émise par Möbius et d'autres, la scoliose fait partie des difformités constituant les stigmates physiques de la dégénérescence héréditaire. Cela est prouvé par ce fait que l'on retrouve des névropathes dans les ascendants, descendants ou collatéraux des scoliotiques et qu'eux-mêmes portent souvent d'autres stigmates de dégénérescence. La scoliose de cette sorte apparaît au début de l'adolescence et particulièrement dans le sexe féminin. Elles seraient dues, suivant l'auteur, à des troubles trophiques des muscles, dont les vices de développement, la parésie, l'atrophie semblent prendre la plus grande part dans leur pathogénie. L. n'attache qu'une importance médiocre au surmenage et à la sédentarité scolaires. Le traitement prophylactique véritable consisterait à empêcher le mariage des membres des familles névropathiques entre eux. La guérison peut être obtenue à l'aide des exercices physiques, de la gymnastique, de la vie en plein air à la campagne, etc. A ce travail sont annexées 19 observations dont 14 inédites et 5 empruntées à Möbius et à Vizioli. On y trouve des généalogies de névropathes fort intéressantes à consulter.

GEORGES GUINON.

Sulle allucinazioni motorie, par A. TAMBURINI (*Rivista sperimentale di frenatria, t. XV, fasc. 4*).

En outre des hallucinations purement sensorielles, il faut distinguer des hallucinations motrices qui se montrent plus particulièrement dans la sphère des mouvements du langage, mais peuvent se montrer aussi dans quelque autre partie du corps susceptible de mouvement. Le siège de ce dernier groupe d'hallucinations doit être placé dans les centres dits psycho-moteurs de l'écorce cérébrale.

Suivant le degré d'irritation des centres eux-mêmes on aura ou la simple hallucination de mouvement, ou la transformation de celle-ci en impulsion incoercible et même jusqu'à une convulsion relative. En outre, si on tient compte spécialement des données physiologiques et cliniques qui font admettre la nature mixte sensorio-motrice de tous les centres corticaux, il faut conclure que dans toute hallucination entrent, dans le rapport proportionnel propre à chaque centre, aussi bien les images sensorielles proprement dites que les images motrices. P. MARIE.

Kasuisticher Beitrag zur Kenntniss des Irreseins bei Basedow'scher Krankheit (Etude clinique sur les troubles mentaux dans le cours de la maladie de Basedow), par J. BŒDEKER (*Charité Annalen, p. 454*, 1889).

Dans la maladie de Basedow, il y a souvent une modification sensible du caractère : les malades sont excités ou apathiques. Ils sont souvent très irritables. Il peut y avoir beaucoup plus qu'un simple changement

de caractère et de véritables troubles mentaux peuvent se montrer; l'auteur en rapporte cinq observations. A. M.

Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques, par A. FERRIÈRE (*Thèse de Paris, n° 336, 1889*).

Il est rare que les lésions même circonscrites du cerveau laissent l'intelligence intacte; l'état mental des apoplectiques qu'on observe dans les asiles est presque toujours de la démence; leurs idées délirantes sont surtout hypochondriaques et mélancoliques; le diagnostic entre la démence apoplectique et la démence sénile est très difficile à faire d'après les symptômes psychiques; il n'y a d'autre différence qu'une sensiblerie plus marquée chez les apoplectiques. PIERRE MARIE.

De l'épilepsie procursive, par A. MAIRET (*Revue de médecine, juillet et août 1889*).

Chez certains épileptiques on constate parfois une aura caractérisée par un besoin subit de locomotion. Le malade court devant lui pendant 20, 30 mètres avant de tomber, en proie aux convulsions; c'est à cette variété qu'on donne le nom d'épilepsie procursive.

Dans quatre cas où on a pu faire l'autopsie (1 cas Duguet, 2 cas Bourneville, 1 cas Mairet), il existait des lésions de sclérose cérébelleuse. Cependant il ne faudrait pas généraliser; il existe en effet bon nombre de cas de sclérose du cervelet ne s'étant pas manifestée pendant la vie par de l'épilepsie procursive. Enfin le nombre des observations est encore aujourd'hui trop peu considérable pour que l'on puisse être affirmatif sur la constance du siège de la lésion.

Dans les cas publiés jusqu'a aujourd'hui, la maladie remontait à l'enfance et avait été précédée de convulsions.

Le bromure de potassium n'a pas donné à Mairet de résultat satisfaisant, théoriquement il préfère recourir aux iodures en vue de lutter contre le processus scléreux. (Voy. *R. S. M.*, XXXIV, 230.)

C. GIRAUDEAU.

Ueber Cocain-Epilepsie, par HEIMANN (*Deutsche med. Woch., n° 12, p. 232, 1889*).

Heimann observe au mois de juillet 1887 un homme âgé de 36 ans dont voici l'histoire.

Atteint en 1885 de rhumatisme articulaire, il s'est fait des injections de morphine auxquelles il a ajouté, en 1886 (au bout d'un an), la cocaïne, si bien qu'il en est arrivé à s'injecter journellement 2 grammes de morphine et 8 grammes de cocaïne. Il a éprouvé au début du vertige cocaïnique, puis s'est habitué au poison. A la fin de 1886, grand affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire; le patient a commencé à commettre des abus de confiance pour se procurer de la cocaïne.

Au mois de mars 1887, premier accès épileptiforme. Ces accès se sont répétés tous les jours et même deux fois dans la journée, puis il y eut des intervalles de plusieurs jours. Durée variant de 10 minutes à 1 heure, et après l'accès sommeil profond pendant plusieurs heures.

Après diverses tentatives infructueuses, le malade désireux de guérir sa

morphino-cocaïnomanie, entre à l'asile des aliénés de Charlottenburg le 14 juillet 1887.

Amaigrissement, anémie, tremblement des mains. Paroles incohérentes; il affirme et nie tour à tour les mêmes faits. Pendant la visite du médecin, il chancelle et tombe lourdement. Secousses convulsives des extrémités, grands mouvements de tout le corps; regard fixe; sueurs profuses. Après l'attaque qui a duré quelques instants, le malade est dans la prostration; il n'a conservé aucun souvenir de son accès.

La cure ayant réussi, le malade n'a plus ni hallucinations, ni délire, ni épilepsie. Il quitte l'asile en octobre 1887.

Il y revient le 17 décembre 1887 avec les mêmes symptômes (hallucinations, démence). Le lendemain (18 décembre), 2 accès épileptiformes durant l'un 10, l'autre 5 minutes et séparés par un intervalle de 15 minutes. En ouvrant les yeux, il prononce le nom de sa femme, puis dit : « injection » et se rendort.

Suppression complète de la cocaïne et de la morphine. Les attaques ne se reproduisent pas. Le malade quitte l'asile guéri le 17 mai 1888.

Le médecin a appris qu'au commencement de 1889 il y a eu un dernier accès sous l'influence de la cocaïne, accès mortel. Pas d'autopsie.

L. GALLIARD.

De l'albuminurie postépileptique, par F. HALLAGER (*Nordiskt med. Arkiv XXI, n° 17*).

D'après les recherches de Hallager on rencontre de l'albumine dans l'urine après les attaques chez des épileptiques, dont l'urine ne contient pas habituellement de l'albumine. Cette albuminurie est en général légère, mais il faut examiner l'urine très peu de temps après l'attaque. Elle se rencontre aussi bien chez la femme que chez l'homme et n'est pas due à une concentration de l'urine, car le poids spécifique est souvent diminué.

A. C.

Removal of the hand-centre (centre de la main) from the cortex cerebri in a case of focal epilepsy, par W. KEEN (*Medical News, p. 381, 12 avril 1890*).

Willie P..., est âgé de 6 ans. A 14 mois, il fait une chute de 10 pieds de haut : il perd connaissance, mais on ne découvre aucune lésion. Depuis ce moment, il devient irritable, entêté et méchant. A 2 ans 1/2, il a une première attaque d'épilepsie ; ces attaques ont persisté durant les quatre ans qui ont suivi, de 3 à 6 fois par jour; 8 fois sur 10, le début avait lieu par la main droite. Au début de ces attaques, l'enfant avait un vocabulaire de 40 mots, actuellement il n'en connait plus que 3. Les agents médicaux ont tous été impuissants.

Le sillon de Rolando est largement découvert, et le centre de la main délimité par un courant électrique. Nulle lésion apparente dans le cuir chevelu, la boîte cranienne, la dure-mère ou le cerveau: malgré cela, on abrase la totalité du centre de la main droite. Guérison rapide.

Encore quelques attaques de petit mal; mais plus de grandes convulsions. Amélioration de l'état mental de l'enfant qui apprend quelques mots nouveaux.

MAUBRAC.

Ueber Faserschwund in der Kleinhirnrinde (Sur la disparition des fibres nerveuses dans l'écorce du cervelet), par A. MEYER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. Band XXI, Heft 1, p. 197*).

Les recherches de Z. Tuczek et celles de Zacher, dont il a été rendu

compte dans ce recueil, nous ont appris que dans la paralysie générale et dans d'autres psychoses, il se fait une raréfaction des fibres à myéline de l'écorce des hémisphères cérébraux. Meyer a poursuivi des recherches parallèles, sur l'état des fibres à myéline dans l'écorce grise du cervelet. Il a utilisé pour ces recherches, des cas de paralysie générale (11), de mélancolie avec stupeur (1), de folie (paranoïa) chronique (1), de démence sénile (1), d'idiotie (1), en tout 15 cas d'affections mentales ayant comme caractère commun une diminution considérable de l'intelligence. Dans tous ces cas, l'auteur a constaté une raréfaction des fibres à myéline de l'écorce grise du cervelet. Le degré de cette raréfaction était très variable d'un cas à l'autre, et à cet égard, Meyer répartit les faits qui ont servi à ses recherches en trois groupes : 1° 1 cas où la raréfaction des fibres n'était sensible que dans les parties internes de l'écorce grise, avoisinant la substance blanche. Le peu d'intensité de la lésion coïncidait, dans ce cas, avec le peu de durée de la psychose, une myélite intercurrente ayant précipité le dénouement fatal; 2° 5 cas où la raréfaction des fibres à myéline atteignait une intensité moyenne, mais uniforme dans toute l'épaisseur de l'écorce cérébelleuse; 3° 7 cas où il ne subsistait plus, à proprement dire, dans cette écorce, un rése au fibrillaire continu, mais seulement des fragments de fibres, sans connexions.

Cette raréfaction des fibres à myéline de l'écorce du cervelet coexistait toujours avec une altération similaire de l'écorce grise du cerveau. La question de savoir si elle peut se rencontrer isolément dans un de ces deux territoires est réservée. D'autre part l'auteur constate qu'elle a été d'observation constante dans les cas de paralysie générale, mais qu'on ne saurait lui attribuer la valeur d'une lésion spécifique, puisqu'elle a été rencontrée dans des affections mentales autres que la paralysie générale.

Pour Meyer, cette raréfaction des fibres à myéline de l'écorce cérébelleuse est vraisemblablement l'expression « d'un processus atrophique dégénératif primaire, qu'il y a lieu de dénommer sclérose, terme qui est déjà en usage pour désigner un processus pathologique analogue se passant dans l'écorce cérébrale, chez les paralytiques généraux ». Ce processus se rattache sans doute aux lésions dites systématiques. En tête des systèmes de fibres qui sont « éventuellement » intéressés à ce processus, l'auteur désigne les faisceaux qui, venant de la protubérance, traversent les pédoncules cérébelleux moyens, pour aller rayonner dans le cervelet. E. RICKLIN.

Rapports de la syphilis cérébrale avec la paralysie générale, par L.-R. RÉGNIER (*Revue de médecine, juin, juillet, août* 1889).

Régnier défend l'opinion qui fait de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale deux maladies distinctes. La première ne doit donc pas être considérée comme une cause directe, prédisposante ou occasionnelle de la seconde.

Les mêmes causes occasionnelles produisent d'après lui chez les sujets indemnes de syphilis la démence paralytique tandis qu'elle amène des manifestations spécifiques chez ceux qui ont eu la vérole ; c'est la spécificité qui crée la différence entre les deux maladies : ces causes

occasionnelles sont les excès alcooliques et vénériens, le surmenage intellectuel, les émotions dépressives.

Le chapitre consacré à l'anatomie pathologique contient un parallèle des lésions qu'on constate dans les deux cas. Il peut même arriver que l'on trouve réunies chez le même sujet les lésions caractéristiques de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale. Dans ce cas, ces lésions sont indépendantes et évoluent chacune pour leur propre compte ; elles ne peuvent être considérées comme la conséquence les unes des autres.

Les différences s'accentuent encore si on envisage la marche des deux maladies ; la paralysie générale est incurable, la syphilis est essentiellement curable. C. GIRAUDEAU.

Note sur le diagnostic différentiel de la lypémanie hypochondriaque et de la paralysie générale progressive, par REGIS (*Gaz. méd. de Paris*, 4-7 *janvier* 1890).

Les principaux caractères distinctifs de ces maladies sont ainsi résumés par l'auteur. La lypémanie avec délire hypochondriaque s'observe surtout à un âge avancé, de 45 à 60 ans. On la rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de 8 cas sur 12, contrairement à ce qui a lieu pour la paralysie générale : elle est plus rare chez les syphilitiques que la paralysie générale.

Le délire hypocondriaque de la lypémanie n'apparaît pas dès le début de l'accès ; il est constamment consécutif au délire ordinaire, surtout au délire de culpabilité imaginaire, qui en est le type. Associé plus tard à ce délire, il est tenace, fixe et persistant. Rarement il s'accompagne d'hallucinations ; en revanche les rêves terrifiants, la peur de mourir, le refus d'aliments, la tendance au suicide sont presque la règle. La maladie est sujette à des crises paroxystiques plus ou moins aiguës. Pendant de longues années l'intelligence peut rester intacte.

Quelques troubles légers des viscères et cependant un amaigrissement progressif et rapide sont observés ; parfois il survient une véritable cachexie. La guérison est possible ; toutefois les malades peuvent finir par le suicide, le marasme ou le passage à l'état chronique. OZENNE.

Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes und Ætiologie der allgemeinen Paralyse (Contribution à l'étude de la marche et de l'étiologie de la paralysie générale), par B. ASCHER (*Allg. Ztschr. f. Psych.*, *p.* 1, *XLVI*, 1889).

L'auteur attribue une grande importance à l'hérédité ; l'influence sur la forme de la maladie est moins marquée que sur son développement. La syphilis a été trouvée 34,7 fois sur 100. La marche était plus lente quand il s'agissait d'une syphilis ancienne que d'une syphilis récente. Les attaques apoplectiformes ont paru plus fréquentes chez les syphilitiques que chez les autres. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte au point de vue de l'étiologie : l'alcoolisme, les traumatismes de la tête, les influences caloriflques, les intoxications, les maladies antérieures, les émotions. A. M.

Faits pour servir à l'histoire des troubles trophiques dans la paralysie générale des aliénés, par Ch. FÉRÉ (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, *n° 4*, *p.* 156, 1889).

Les troubles trophiques attribués à la paralysie générale sont déjà nom-

breux. Tels sont les hématomes de l'oreille, attribués depuis longtemps à un trouble de nutrition. La friabilité des os, admise par Foville, a aussi été rangée dans le même ordre de faits. Le zona n'est pas rare; Christian et Ritti en rapprochent le pemphigus, le purpura, le mal perforant. Féré rapporte un nouvel exemple de mal perforant; il fait également mention d'un cas de vitiligo développé dans le cours de la maladie et donne une troisième observation avec hémiatrophie de la langue.

G. LYON.

A discussion on fibrinous membranes... (Des membranes fibrineuses qui se rencontrent dans le canal médullaire au cours de la paralysie générale), par Joseph WIGGLESWORTH (*Brit. med. j., p.* 644, *septembre* 1889).

L'auteur établit un parallèle entre les fausses membranes fibrino-hémorragiques de la dure-mère cranienne chez les aliénés, et les lésions du même genre que l'on rencontre parfois dans le canal médullaire chez les paralytiques généraux. Il en publie trois observations.

La conclusion est que la présence de cette fausse membrane fibrineuse est le résultat d'un épanchement de sang dans le canal médullaire, et que l'inflammation n'intervient pas dans leur formation.

C'est également l'avis de Percy Smith, qui publie une observation à l'appui.

H. R.

L'acetonuria e la paura, par A. MARRO (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino, août* 1889).

Chez un certain nombre d'aliénés atteints d'hallucinations terrifiantes ou pris d'une crainte de mourir, Marro a constaté dans l'urine la présence d'une quantité plus ou moins considérable d'acétone, d'autant plus abondante que la sensation de peur est plus intense ; dans les périodes où ces phénomènes cessent, l'acétonurie disparaît. L'auteur tend à expliquer ce phénomène par une action sur le plexus cœliaque, dont l'extirpation, d'après des expériences de Lustig, produit l'acétonurie et qui est l'agent de la diarrhée produite par la peur.

GEORGES THIBIERGE.

Myxœdema and its insanity (Myxœdème et troubles psychiques concomitants) par C. MACKENZIE (*Journ. of mental sc., juillet* 1889).

Femme, 40 ans, mariée, pas d'antécédents héréditaires, a été délicate pendant son enfance ; à cinq ans, fièvre typhoïde suivie d'une convalescence longue. En janvier 1884, après s'être sentie fatiguée et sans sommeil pendant la nuit, elle fut prise d'un accès d'excitation, entra dans un asile privé, en sortit guérie en avril, eut une rechute en juin, fut renvoyée à l'asile du comté et fut reconnue atteinte de mélancolie avec excitation. Les doigts et les ongles sont petits, maigres, mal nourris ; la surface de la peau est froide et sèche. La peau de la face est polie et d'une teinte bleu-pâle aux lèvres et à l'extrémité du nez ; celle des autres parties du corps est rude, sèche et décolorée, etc. Palpitations ; à l'orifice mitral, le premier bruit est remplacé par un silence ; à l'orifice tricuspide, le premier bruit est réduit à un léger murmure ; à l'orifice pulmonaire, le second bruit s'entend seul distinctement. — Les symptômes mentaux peuvent se grouper en trois phases probablement périodiques et se succédant ainsi : (*a*) elle est soupçonneuse, d'une humeur aggressive, cherchant des querelles et interprétant tout mal, elle est pares-

seuse ; (*b*) elle est vaniteuse, se croit millionnaire et a l'expansion des paralytiques généraux ; (*c*) elle est sérieuse, regarde autour d'elle stupidement et d'une façon égarée, ne faisant que répondre aux questions, sauf pour dire qu'elle est mourante; elle s'occupe un peu. — A noter encore une syphilis ancienne et une sensation de précipice que l'on doit peut-être rattacher à l'affection cardiaque. DESCOURTIS.

Ueber einen interessanten Hirnbefund... (Sur une lésion intéressante du cerveau trouvée chez une idiote épileptique, et contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie cérébrale infantile), par ZACHER (*Archiv für Psychiatrie, t. XXI, p.* 38, 1889).

Petite tumeur osseuse dans le lobe frontal gauche ; cavités dans la 1re et la 2e frontale sans communication avec les ventricules, semblant provenir d'une gliose diffuse ; il existait en outre en certains points des altérations de la pie-mère et aussi de l'encéphalite diffuse. Au niveau de la tumeur, bien que les fibres nerveuses propres fussent en grande partie détruites, on voyait d'une façon très nette des faisceaux de fibres d'association. Bien qu'il existât une hémiplégie évidente comprenant même le facial inférieur, on ne trouvait aucune lésion étendue du faisceau moteur. P. MARIE.

Le morphinisme....., par G. PICHON (*In*-8°, *Paris*, 1890).

Au point de vue étiologique, on peut établir deux classes parmi les morphinomanes : ceux dont le mal a une origine *thérapeutique* et ceux où il est d'origine *passionnelle ;* les morphinomanes de la 2e catégorie se recrutent parmi les dégénérés héréditaires. Il résulte des recherches d'O. Jennings que lorsque les morphinomanes souffrent de la privation de leur stimulant toxique, leur pouls présente un plateau systolique, dont l'absence permettra de conclure que les malades ont pris de la morphine en cachette.

Immédiatement après l'injection morphinée, se produit une constriction épigastrique, véritable criterium pour les morphinomanes de la nature du liquide qui leur a été injecté.

La première condition du traitement des morphinomanes est leur séquestration dans un asile d'aliénés, à défaut d'établissements spécialement consacrés à la cure de cette affection. La suppression de la morphine doit être graduelle. On commencera par diminuer d'au moins un tiers la dose quotidienne du poison ; puis on la réduira de un centigramme tous les jours.

Au point de vue médico-légal, la morphinomanie ne doit jamais entraîner l'irresponsabilité quand elle existe seule. Une longue intoxication ayant amené un affaiblissement intellectuel, peut cependant enlever à un morphinomane l'exercice intégral de son libre arbitre. Mais ici même, il devra y avoir seulement atténuation de responsabilité, responsabilité partielle.

Dans l'abstinence morphinique, l'état mental des malades est tout différent. Il existe des hallucinations et des impulsions irrésistibles.

Quand le morphinomane aura volé dans le but de se procurer de la morphine qui lui manque, il devra être déclaré absolument irresponsable. Pour tout autre délit, sa responsabilité sera atténuée, vu l'état d'obtusion intellectuelle dans lequel le met son besoin de morphine.

Sous le rapport prophylactique, il y aurait lieu de limiter l'emploi des

injections morphinées aux maladies incurables et aux affections paroxystiques (coliques hépatiques, néphrétiques, asthme). J. B.

Massage treatment in insanity (Le massage appliqué au traitement de l'aliénation mentale), par SAVAGE (*Journ. of ment. sc., p.* 471, *octobre* 1889).

D'après Savage, on a trop de tendance à traiter tous les cas de névroses par le massage. Ce traitement peut être, dans certains cas, nuisible. Quant à l'aliénation mentale, on doit reconnaître qu'elle en tire rarement des avantages. Dans les cas d'émotivité avec conscience, il est mauvais. Dans l'hypochondrie il est généralement nuisible, et dans beaucoup de cas de mélancolie active il est sans utilité. Il est surtout indiqué dans les cas où la dépression mentale s'associe avec la faiblesse physique, l'amaigrissement et l'insuffisance des fonctions gastro-intestinales. Le massage peut être continué aussi longtemps que la santé physique est faible et l'appétit mauvais. Le but qu'on se propose est le même que quand on ajoute du sel aux aliments qui sont ingérés par la sonde pour provoquer le désir des aliments et pour pouvoir le donner ensuite suivant la façon ordinaire et en quantité suffisante. Savage rapporte un cas très curieux de mélancolie guéri après quatre ans de dépression profonde. Hack Tuke en a observé un analogue.

DESCOURTIS.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traité de chirurgie, publié sous la direction de Simon DUPLAY et Paul RECLUS, t. I, par RECLUS, QUÉNU, BROCA, LEJARS (maladies communes à tous les tissus ; tumeurs, maladies de la peau, du tissu conjonctif, des ganglions, des tendons, des muscles, des bourses séreuses, des lymphatiques), (*Paris*, 1890).

Le temps n'est plus aux encyclopédistes. Plus la science avance plus elle se perfectionne et plus elle devient complexe; plus il devient difficile, par conséquent de tout savoir. Mais en même temps, plus elle avance et plus vite elle avance : d'où l'impossibilité matérielle d'écrire aujourd'hui, en chirurgie surtout, un traité qui soit l'œuvre d'un seul. Le temps d'écrire un volume, et celui qui précède est déjà presque vieux. Et pourtant il est nécessaire d'avoir, à côté du manuel où l'étudiant apprend ses examens, un traité de large envergure qui résume d'une manière complète l'état actuel de la science. Aussi S. Duplay s'est-il mis à la besogne aussitôt achevé son précédent ouvrage et, s'étant adjoint P. Reclus, il a mis en mouvement l'œuvre importante dont le premier volume a paru il y a quelques mois, mais il a renoncé au système ancien et il a inauguré en France, pour les traités classiques, le système de la dernière division du travail. Quiconque aura lu les noms énumérés dans le titre de l'ouvrage saura que les directeurs ont choisi comme collaborateurs l'élite des jeunes chirurgiens.

Le premier volume est dû à la plume de Reclus, Quénu, Broca, Lejars, et la manière dont les chapitres ont été distribués aux divers collaborateurs prouve que l'on a eu soin de tenir compte des aptitudes et des études antérieures de chacun.

Reclus ouvre la marche, avec les « maladies communes à tous les tissus ». Pour exposer l'histoire de ces questions si complexes, récemment renouvelées de fond en comble, il ne suffisait pas d'un chirurgien instruit, encore fallait-il un écrivain de talent. Or, chacun sait que Reclus est mieux que cela, qu'il est un écrivain de race. Peut-être pourrait-on lui faire le léger reproche de n'avoir pas assez nourri de faits ces pages si agréables à lire ; petite critique à laquelle Reclus répondrait sans doute qu'il s'y est exposé volontairement, convaincu qu'il est que le seul moyen d'être didactique est d'être incomplet. A notre avis, d'autre part, il eût été intéressant pour le lecteur de trouver un chapitre historique et pratique sur l'anesthésie chirurgicale et sur les pansements.

C'est de parti pris également que Quénu a pris à un point de vue tout spécial l'étude des tumeurs, et nous devons vivement le féliciter d'avoir écrit un chapitre qui, dans sa brièveté voulue, ne ressemble pas à ce qui a été écrit jusqu'à présent. Il a fait avant tout œuvre philosophique et, négligeant les descriptions cliniques générales, il a cherché à faire voir comment on doit comprendre l'histogenèse des tumeurs. Les tumeurs du type vasculo-connectif sont bien un peu sacrifiées, mais la partie consacrée aux tumeurs épithéliales est tout à fait remarquable, et nous y voyons par quelles gradations insensibles nous passons de l'adénome à l'épithélioma ordinaire et de l'épithélioma au carcinome. Aussi bien les directeurs ne pouvaient-ils mieux choisir leur collaborateur pour cette tâche si délicate. Parmi les chirurgiens de sa génération, Quénu est à peu près le seul qui se soit occupé d'histologie, qui ait longtemps et souvent médité sur ces questions ardues. Son œuvre actuelle est le résultat de connaissances étendues, mûries par une réflexion assidue.

Broca, lui non plus, n'a pas simplement écrit en le modifiant un peu, le chapitre des maladies de la peau et du tissu conjonctif tel qu'on le trouve dans les traités de chirurgie jusqu'à présent classiques. Les éléphantiasis et la filariose, la tuberculose de la peau dans ses diverses formes, par exemple, y sont décrits alors qu'à l'ordinaire les chirurgiens ne s'en occupent guère. C'est que l'auteur étudie volontiers les maladies de la peau : il en a pris le goût durant son internat à l'hôpital Saint-Louis.

Les maladies du système lymphatique, des muscles et tendons, des gaines synoviales et bourses séreuses incombaient à Lejars. Dans ces chapitres on trouvera des études consciencieuses et complètes, mises avec soin au courant de la science. B.

Bactériologie chirurgicale, par SENN, traduction par BROCA (*In*-8°. *Paris*, 1890).

L'ouvrage de Senn forme un résumé de tous les travaux importants publiés sur la bactériologie et afférents à la chirurgie. J'ai indiqué, au moment de sa publication dans les *Bulletins de l'association chirurgicale américaine* les documents nombreux rassemblés par l'auteur sur la plu-

part des complications des plaies ou sur les affections chirurgicales d'origine microbienne. Broca a pensé qu'il y aurait intérêt à traduire en français l'ouvrage de Senn, mais dans le court temps qui s'est écoulé depuis la publication de l'édition américaine, des recherches nouvelles ont vu le jour, des découvertes plus récentes sont venues s'ajouter aux connaissances anciennes. Aussi Broca a-t-il jugé utile de mettre le livre au courant de la science, d'ajouter quelques chapitres nouveaux et de compléter les indications bibliographiques. Ainsi présentée, la bactériologie chirurgicale, même sous sa forme concise, ne présente plus de lacunes et constitue une revue générale des plus précieuses pour le chirurgien. A. CARTAZ.

I. — **Report of the chloroform commission Hyderabad** (*Lancet*, 18 *janvier* 1890).

II. — **Chloroform versus Aether, par O. KAPPELER** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 23, *p.* 705, 1er *décembre* 1889).

III. — **Discussion de la Société centrale des médecins suisses** (*Ibidem*, *p.* 717).

IV. — **Ether et chloroforme, par J.-R. COMTE** (*Revue médic. Suisse romande*, *X*, 73, *février* 1890).

V. — **Ueber die Aethernarkose, par P. SILEX** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 8, *p.* 169, 24 *février* 1890).

VI. — **Die Bromaethylnarkose, par E. HAFFTER** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 4, *p.* 106, *et n°* 5, *p.* 143, 15 *février et* 1er *mars* 1890).

I. — Voici quelques-unes des principales conclusions de ce rapport, fondé sur 430 expériences, et qui n'aborde pas moins de 95 questions relatives aux effets du chloroforme et de l'éther :

1° La respiration dans la mort par le chloroforme cesse toujours avant que le cœur s'arrête. L'intervalle entre la cessation de la respiration et l'arrêt du cœur a été, dans la plupart des cas non compliqués, de deux à six minutes (onze et douze minutes dans deux expériences). Cet intervalle n'a été que d'une minute dans quelques expériences où l'animal était sous l'influence de la morphine, de la strychnine ou en asphyxie. Des inhalations lentes et très prolongées semblent aussi diminuer cet intervalle.

2° La respiration artificielle réussit presque toujours à ranimer l'animal quand elle est faite moins de trente secondes après l'arrêt de la respiration. Elle ne réussit jamais après soixante secondes. Quand l'inhalation du chloroforme a été précédée par une injection de morphine, la respiration artificielle réussit moins, et le délai pour l'employer avec succès est beaucoup moins considérable. Une respiration artificielle trop violente peut produire des accidents graves (rupture du foie, hémorragies pleurales, etc.).

3° Le chloroforme donné mélangé à l'air amène une diminution graduelle dans la pression sanguine. Cette diminution se produit régulièrement quand rien n'entrave la respiration, qu'il n'y a ni grands efforts, ni constriction de la poitrine. Cette dépression continue encore à s'accentuer quelques instants après que le chloroforme est suspendu. L'arrêt de la respiration peut même survenir par absorption de l'anesthésique

resté dans les voies respiratoires pendant cette période de suspension. Quand il y a gêne de la respiration, la dépression sanguine, au lieu d'être graduelle, est extrêmement rapide. Quand la gêne est poussée presque jusqu'à l'asphyxie, la dépression est très brusque et s'accompagne vite d'arrêt du cœur. L'effet est analogue à celui de l'excitation du pneumogastrique.

4° Au point de vue pratique, les principales conclusions sont : nécessité absolue de la liberté de la respiration, position de préférence horizontale, inhalation dirigée de façon à ne jamais produire d'asphyxie, se guider uniquement sur la respiration, commencer de suite la respiration artificielle si celle-ci s'arrête. Une petite dose de morphine en injection sous-cutanée peut être utile avant le chloroforme pour obtenir une anesthésie prolongée. L'atropine est inutile et dangereuse. L'alcool est avantageux pour soutenir la circulation, quand il est donné à petites doses, avant l'opération. A.-F. PLICQUE.

II. — L'emploi du chloroforme comme anesthésique ne reconnaît aucune contre-indication absolue, tout au plus des contre-indications individuelles; avec les précautions convenables, on peut s'en servir chez les malades atteints d'affections du cœur, du poumon, de rétrécissement de la trachée, d'urémie, de lésions cérébrales, à tous les âges et à tout éclairage naturel ou artificiel.

Au contraire, les plus zélés partisans de l'éther admettent qu'il est contre-indiqué dans les affections aiguës du poumon et de la plèvre, dans les catarrhes des voies respiratoires, dans certaines formes de dyspnée et de rétrécissements de la trachée (goitres) chez les individus prédisposés aux congestions du cerveau, chez les enfants à la période de dentition, chez les vieillards, atteints de sclérose artérielle, enfin dans toutes les opérations qui nécessitent l'emploi d'une lumière artificielle ou du thermocautère.

Le principal inconvénient de l'éther résulte de son inflammabilité et du mélange explosif qu'il peut former avec l'air. Contrairement aux expériences de Fueter (*R. S. M.*, XXXV, 255), celles de Kappeler, qui répondent mieux aux conditions de l'anesthésie chirurgicale, montrent qu'il y a là un danger réel. Durant l'anesthésie, les vapeurs d'éther vont s'accumuler vers l'extrémité inférieure de la table d'opérations, de sorte qu'à la distance de 80 centimètres de la tête du malade, une lampe ou une bougie peut déjà les enflammer. Kappeler conclut qu'une lampe allumée ou un thermocautère incandescent peuvent mettre en péril le malade éthérisé et ceux qui l'entourent, quand on les approche de la table soit de bas en haut, soit de côté, soit des pieds vers la tête. Lorsque l'atmosphère est absolument calme, il n'y a guère de danger à approcher une source de lumière de haut en bas, mais il n'en est plus de même au moindre contact d'air, de lumière par l'ouverture d'une porte, ou d'une fenêtre, par exemple.

D'autre part, au point de vue de la vie du malade, l'éther n'est nullement moins dangereux que le chloroforme. De 1872 à 1889, il a été publié 50 cas de mort à la suite d'éthérisations; 12 de ces observations sont trop peu détaillées pour qu'on puisse se faire une idée de la manière dont la mort est survenue. 6 malades ont succombé seulement un certain temps après l'anesthésie, soit une heure et demie ; 24 heures après, à l'autopsie,

on a constaté le plus souvent de la bronchite ou de l'œdème pulmonaire. 7 éthérisés ont succombé asphyxiés par le sang ou les aliments servis; 11 fois les premiers symptômes menaçants se sont produits du côté de la respiration; 9 fois le pouls a disparu et le cœur s'est arrêté avant la respiration ; 6 fois la disparition du pouls et la cessation des mouvements respiratoires ont été simultanées.

Il ressort des chiffres précédents que la mort par l'éther, comme celle due au chloroforme, se produit surtout par syncope.

Kappeler conclut qu'il y a lieu de perfectionner encore la chloroformisation afin d'en diminuer les périls, mais qu'il n'y a pas lieu d'en revenir à l'éthérisation.

III. — Depuis un an, Girard emploie tour à tour pour l'anesthésie, l'éther ou le chloroforme; il a fait ainsi environ 140 éthérisations. En moyenne, l'insensibilité s'obtient plus vite qu'avec le chloroforme, et avec un appareil d'inhalations convenable la dépense est moindre, ce qui a son importance pour un hôpital. On peut plus facilement charger des gens inexpérimentés, des profanes, d'une éthérisation que d'une chloroformisation.

Les vomissements ne lui ont pas semblé moins fréquents avec l'éther qu'avec le chloroforme. Quant à la complète innocuité de l'éthérisation, voici ce qu'il faut en penser. Chez une jeune fille de 27 ans, Girard obtint en une minute l'anesthésie avec 50 centimètres cubes d'éther; mais à peine avait-il commencé son opération, que le malade cessa de respirer; son pouls était à peine appréciable, sans avoir augmenté de fréquence; son visage était très pâle, ses pupilles dilatées. Malgré la respiration artificielle et les autres médications usuelles, il se passa un certain temps avant que les pupilles se contractassent, et Girard crut d'abord que tous ses efforts seraient vains pour ranimer la malade. Ultérieurement, la même femme fut chloroformée sans le moindre accident.

Girard a pu faire quelques éthérisations à la lumière du gaz et au thermocautère, sans encombre; mais dernièrement, en pratiquant une opération sur l'occiput, alors que le thermocautère se trouvait à 15 ou 20 centimètres du masque inhalateur, une explosion se produisit avec flamme de 60 à 70 centimètres de haut. La religieuse qui l'assistait eut la présence d'esprit d'enlever aussitôt le masque en feu. Néanmoins, l'opéré eut une brûlure du premier degré de la moitié droite de la face; sa moustache ainsi que celle de Girard furent aussi atteintes par la flamme.

D'autre part, une autre malade, après quelques inspirations d'éther, fut prise d'une excitation telle qu'il fut impossible de l'endormir; cet état d'agitation dura trois quarts d'heure, et, devant l'impossibilité de l'endormir, on dut ajourner l'opération.

Du reste, l'influence marquée de l'éthérisation sur le système nerveux est démontrée par la fréquence du tremblement général ou partiel qui accompagne ces anesthésies et qui gêne considérablement les opérations.

En résumé, l'éthérisation est un procédé d'anesthésie qui peut avoir ses indications, mais elle offre aussi de nombreuses contre-indications (danger de feu, affections pulmonaires, opérations sur la face et le cou, etc.). Elle ne saurait être considérée comme une anesthésie à peu

près inoffensive, et, jusqu'ici, elle ne paraît pas supérieure à la chloroformisation, bien loin de pouvoir la supplanter.

Dumont reste partisan de l'éthérisation, malgré les critiques de Kappeler qui lui paraissent exagérées, surtout en ce qui concerne l'inflammabilité; il s'est souvent servi du thermocautère sans le moindre accident; toutefois, il n'a jamais fait ainsi d'opérations sur la tête, car il considère qu'on doit, en cas semblable, renoncer à l'éther. D'ailleurs, les observations de Zweifel (*R. S. M.*, XXXIV, 634) montrent que le chloroforme lui-même, à la lumière artificielle, donne lieu à des accidents. Pour Dumont, l'éther est moins périlleux pour le malade que le chloroforme; c'est ce que démontrent, outre la statistique (Kappeler déclare qu'il n'existe aucune statistique probante), la physiologie et la toxicologie. Les expériences de P. Bert et celles de Schiff (*R. S. M.*, IV, 70) établissant que le chloroforme agit en premier lieu sur le cœur, et l'éther sur le centre respiratoire n'ont pas encore été réfutées. [Kappeler invoquait, au contraire, les expériences de Knoll (*R. S. M.*, XI, 46), qui, comme celles de Cl. Bernard et les siennes propres, prouvent qu'entre le chloroforme et l'éther, il n'y a pas à cet égard de différence essentielle]. Dumont rappelle encore les expériences de Strassmann (*R. S. M.*, XXXIV, 497), d'après lesquelles le chloroforme peut produire en quelques heures une dégénérescence graisseuse du cœur. En terminant, Dumont déclare que la question du meilleur anesthésique n'est pas encore résolue; mais, pour lui, il se sert depuis trois ans de l'éther, et il n'hésite pas à le recommander à ses confrères.

Demme déclare que, jusqu'ici, il est resté fidèle au chloroforme; chez les nombreux enfants qu'il a anesthésiés de cette façon depuis des années, il n'a pas vu d'accident. Mais il a soin que l'estomac soit à jeun depuis plusieurs heures; il fait des inhalations très graduelles et ajoute toujours, suivant la recommandation de Sander, une goutte de nitrite d'amyle pour 2 centimètres cubes de chloroforme, surtout chez les anémiques.

P. Müller, dans les opérations gynécologiques, n'a trouvé aucune supériorité à l'éther, bien qu'il n'ait pas observé d'accidents. L'éthérisation s'accompagne généralement d'une respiration pénible, convulsive, provoquant des mouvements violents du diaphragme et des muscles abdominaux qui gênent beaucoup soit l'exploration, soit la laparotomie. La chloroformisation assure beaucoup mieux le relâchement musculaire.

Fueter demeure convaincu de la moindre nocuité de l'éther, en s'appuyant sur les recherches physiologiques de Schiff, de Kronecker et de Kappeler lui-même.

Socin n'a aucune expérience sur l'éthérisation. Le chloroforme lui a accasionné 3 morts, dont une seule par paralysie cardiaque. Le deuxième décès a été causé par l'asphyxie résultant de l'obstruction des voies aériennes par les matières vomies, accident qui peut se produire en dehors de la chloroformisation. Socin est partisan des lavages préalables de l'estomac.

Fehling connaît depuis longtemps les vapeurs résultant de la décomposition du chloroforme en présence du gaz d'éclairage. Néanmoins, dans les laparotomies, pour éclairer les profondeurs de la cavité péritonéale, il se sert toujours d'une lampe à gaz, sans avoir noté aucun

accident du côté des voies respiratoires. Aussi se demande-t-il si ces pneumonies multiples observées par Zweifel ne se rattachent pas plutôt à une espèce d'infection.

Krönlein est également resté fidèle au chloroforme, qu'il a employé douze ou treize mille fois sans accidents mortels.

Kappeler répond à Dumont que si Julliard a pratiqué 2173 éthérisations sans cas de mort, lui-même a fait avec l'appareil à soufflure de Junker, plus de 3000 chloroformisations, sans avoir même de syncopes graves. En revanche, à la suite d'éthérisations, il a vu survenir chez des femmes, une période d'excitation durant des heures et aboutissant parfois à des crises hystériques; le même phénomène a été remarqué par d'autres observateurs. Comte, dans son travail sur l'emploi de l'éther sulfurique à la clinique chirurgicale de Genève, mentionne 5 décès pour la totalité desquels, au moins, il est bien hasardeux de disculper complètement l'éthérisation.

Dumont réplique à Müller que dans 22 laparotomies précédées d'éthérisation, il a obtenu un relâchement parfait des parois abdominales.

Kronecker est d'avis qu'au point de vue physiologique la question de la supériorité de l'éther sur le chloroforme, ou l'inverse, est encore à résoudre, car les actions des toxiques sont très variables avec la dose. Ce qu'il faudrait savoir, c'est si l'éther peut produire une anesthésie parfaite à des doses où il ne donne pas lieu à des accidents, et si, dans les mêmes conditions, le chloroforme est dangereux. (*R. S. M.*, I, 400; II, 443 et 991; III, 409; VIII, 729; X, 587; XII, 122; XVII, 297 et 307; XXI, 281 et 482; XXXIII, 605.) J. B.

IV. — 1° L'anesthésie peut être obtenue avec l'éther aussi bien qu'avec le chloroforme, sans que l'on soit obligé d'user de doses excessives et d'empêcher plus ou moins l'arrivée de l'air dans les voies respiratoires.

2° La méthode intensive qui consiste à verser dans le masque 50 centimètres cubes d'éther de façon à obtenir l'anesthésie en deux minutes, doit être rejetée comme étant sinon dangereuse, du moins très pénible pour le malade.

3° Les inconvénients résultant de l'odeur, des vomissements pendant et après l'anesthésie, ainsi que du malaise consécutif, sont à peu près les mêmes, quel que soit l'agent anesthésique employé.

4° La période d'excitation n'est ni plus longue ni plus intense avec l'éther qu'avec le chloroforme. Les fortes excitations ne se produisent guère que chez les alcooliques. Par contre, on observe quelquefois avec l'éther une certaine agitation au réveil, et parfois même, chez les femmes, de véritables crises hystériques.

5° Les contre-indications à l'emploi de l'éther ne sont pas aussi nombreuses que l'affirment les partisans du chloroforme. Elles ne se rapportent guère qu'aux affections inflammatoires des organes respiratoires ainsi qu'à celles qui s'accompagnent de laryngosténose et de trachéosténose. En outre, l'éther est contre-indiqué toutes les fois qu'on est obligé de se servir du thermocautère à la tête ou dans son voisinage, ou d'opérer à proximité d'un foyer de combustion. Le danger de l'embrasement peut être considérablement diminué, si l'on use de certaines précautions.

6° Réserve faite des cas que nous venons de mentionner, l'éther

mérite la préférence sur le chloroforme dans toutes les opérations, et particulièrement dans la chirurgie dentaire, dans les réductions de luxations et dans toutes les opérations de longue durée.

7° La méthode de Kocher, consistant à maintenir à l'aide de l'éther l'anesthésie obtenue par le chloroforme, est peu rationnelle, vu que la moitié des cas de mort par le chloroforme se produisent au début, avant l'anesthésie complète. Le danger de mort par le chloroforme ne se trouve ainsi qu'à moitié conjuré.

8° L'éther est moins dangereux que le chloroforme. Bien que le fait ne soit pas absolument prouvé par la statistique, les présomptions sont tellement grandes qu'elles équivalent à une certitude.

9° A supposer même que les cas de mort par l'éther soient aussi nombreux que les cas de mort par le chloroforme, l'éther n'en mériterait pas moins la préférence, car presque toujours, dans les cas d'accident mortel par cet anesthésique, la gravité de la maladie ou de l'opération et les lésions trouvées à l'autopsie suffiront pour décharger plus ou moins la responsabilité du chirurgien. Il n'en est pas de même des cas de mort par le chloroforme qui, le plus souvent, ne peuvent être justifiés ni par l'état général du malade, ni par la gravité de l'opération, ni par le résultat de l'autopsie.

10° La respiration du malade éthérisé doit être l'objet d'une surveillance continuelle, et bien qu'il ne soit pas nécessaire de contrôler le pouls, il serait dangereux de confier l'éthérisation à tout autre qu'à un médecin suffisamment exercé. Le danger de l'éther réside précisément dans une confiance trop grande en son innocuité.

V. — Pour la plupart des opérations oculaires, Schweigger, après avoir constaté la fréquente insuffisance de la cocaïnisation, en est revenu à l'anesthésie générale qu'il pratique à l'aide de l'éther. Il a fait ainsi au moins 2500 éthérisations sans accident. Quelques enfants seuls ont offert un collapsus tout passager qui n'a pas empêché de continuer l'anesthésie.

Contrairement à Fueter (*R. S. M.*, XXXV, 255), qui prétend qu'on peut se servir du galvano-cautère, l'éther ne prenant feu qu'au contact d'une flamme, Silex déclare avoir observé une explosion, d'ailleurs inoffensive, pendant une opération galvano-caustique sur la cornée. En revanche, on peut sans danger éthériser à 1 mètre au-dessous d'un bec de gaz. J. B.

VI. — Haffter a pratiqué, à l'aide du bromure d'éthyle, plus de 200 anesthésies, dont 150 dans son cabinet de consultations, souvent sans aucune assistance.

Le premier effet de ces inhalations est de produire des fourmillements qui, des quatre membres, gagnent la tête. Quelques secondes plus tard, apparaît un phénomène très inquiétant par un opérateur novice, un état d'apnée résultant de la suppression momentanée du besoin de respirer. Après une pause portant sur 4 ou 6 inspirations, la respiration recommence spontanément régulière. Le pouls est accéléré, mais son tracé sphygmographique n'est pas sensiblement modifié. Haffter conclut :

1° Le bromure d'éthyle est un anesthésique extrêmement précieux, dont les médecins praticiens surtout ne voudront plus se passer, dès qu'ils sauront l'employer convenablement ;

2° Les principaux avantages sont : une action extrêmement rapide,

une innocuité vraisemblablement absolue au-dessous de certaines doses, l'absence habituelle de tout stade d'excitation; l'absence de tout malaise après l'anesthésie;

3° Pour obtenir une prompte analgésie, laquelle peut survenir alors que la conscience est encore conservée ou à peine obnubilée, il faut, d'une seule fois, verser la quantité nécessaire (variable de 5 à 50 grammes, suivant l'âge et la constitution du patient) dans un masque recouvert d'un tissu imperméable (ou simplement dans un masque de verre) et maintenu contre la bouche et le nez du malade;

4° Quand le patient laisse retomber son bras, qu'on lui a fait étendre au début de l'inhalation, c'est l'indice que l'anesthésie est suffisante; sans même recourir à ce critère, on peut, sans grand risque de se tromper, juger ce moment venu après 15 ou 20 secondes d'inhalation;

5° L'anesthésie est très peu durable et cesse quelques secondes après qu'on a enlevé le masque; donc, sous ce mode d'emploi, le bromure d'éthyle ne peut servir que pour des opérations de petite chirurgie;

6° Une faible proportion d'individus (les buveurs notamment) est rebelle à l'action de cet anesthésique;

7° Il n'y a peut-être pas de contre-indications à l'emploi des faibles doses de bromure d'éthyle, suffisantes pour les opérations de peu de durée. A plus hautes doses (si tant est qu'on ait à en faire usage, car le bromure d'éthyle ne donne toujours qu'une anesthésie rapidement dissipée) cet anesthésique est contre-indiqué chez les malades ayant une affection des bronches ou du cœur.

Haffter insiste beaucoup sur la pureté de la préparation employée; lui-même ne s'est servi que du bromure d'éthyle préparé à Darmstadt par Merck.

Ce sont des impuretés de l'anesthésique qui rendent compte à la fois des insuccès et des accidents (même mortels) qu'on lui a à tort imputés (*R. S. M.*, XXIV, 239; XXVII, 579, et XXIX, 493). J. B.

Die Bromäthylnarkose, par ESCHRICHT (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, *p.* 626, 1889).

Le brométhyle, dont l'usage a été préconisé pour la première fois par Nunneley en 1849, est difficile à obtenir à l'état de pureté et se décompose facilement à la lumière; il n'a pas d'odeur désagréable. L'auteur prétend qu'il ne détermine pas, comme le chloroforme, d'excitation précédant le sommeil, qu'il a une action plus rapide que le chloroforme, qu'enfin il ne provoque ni vomissements ni nausées. Lewin admet, d'autre part, qu'il n'affaiblit pas le cœur et n'expose pas les malades aux troubles circulatoires et à la syncope. L. GALLIARD.

Torsion of arteries for the arrest of hemorrhage, par MURDOCK (*New-York med. Record, p.* 606, 1er *juin* 1889).

L'auteur préfère la torsion à la ligature, parce qu'elle expose moins à l'hémorragie secondaire; qu'elle supprime dans la plaie la présence d'un corps étranger; enfin parce que le chirurgien peut la faire sans aide en quelques secondes.

Il a tordu ainsi : la fémorale, 95 fois; la poplitée 14 fois; l'axillaire,

15 fois; la tibiale antérieure, 276 fois; la tibiale postérieure, 276 fois; la brachiale, 62 fois; la radiale, 40 fois; la cubitale, 40 fois. P. DUFLOCQ.

Nouveau pansement antiseptique, par LISTER (*Lancet*, 9 *novembre* 1889).

Lister essaya successivement, 1° la gaze chargée de sublimé dissous dans le sérum sanguin qu'il abandonna parce qu'elle n'était pas suffisamment absorbante; 2° la gaze chargée de cette même solution additionnée de chlorhydrate d'ammoniaque; celle-ci avait l'inconvénient de perdre très rapidement son sel antiseptique extrêmement soluble, et entraîné par l'exsudation de la plaie; la gaze au biiodure trop irritante; 4° le cyanure double de zinc et de mercure. Ce dernier produit n'amène aucune irritation. La préparation de la gaze est un peu délicate. La principale difficulté qui est de bien répandre uniformément l'antiseptique sur la gaze est assez facilement surmontée en trempant la gaze d'abord dans une solution de cyanure double dans l'eau, puis dans un bain d'amidon additionné de sulfate de potasse. Ce pansement est le plus satisfaisant de tous ceux que Lister a pu essayer et constitue une ressource extrêmement précieuse. A. F. PLICQUE.

I. — Three cases of compound depressed fracture of the skull, with hernia cerebri, par RODENSTEIN (*N.-York med. Journ.*, *p.* 7, 6, *juillet* 1889).

II. — Aphasie durch Gehirnabcess. Trepanation. Heilung (Aphasie par abcès du cerveau), par SÆNGER et SICK (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 10, *p.* 186, 1890).

III. — Paraplegia from gunshot wound of the skull over the cortical leg centers (Paraplégie par blessure des centres corticaux des deux jambes), par PETERSON (*N.-York med. Journ.*, *p.* 372, 5 *octobre* 1889).

I. — Dans ces trois cas de fracture du crâne, avec hernie du cerveau, l'opération a amené la guérison.

1° Garçon de 6 ans, ayant reçu, le 27 août 1887, un coup de pied de cheval à la tempe gauche, saigne abondamment; il a perdu connaissance. On constate une fracture compliquée du temporal, empiétant sur le frontal et le pariétal, en forme de croissant. On est obligé d'agrandir la plaie des téguments pour la mettre complètement à découvert. Il y a enfoncement de plusieurs fragments osseux qu'on extirpe; ces fragments couvriraient une surface dont la longueur serait de quatre pouces et demi et la largeur d'un pouce et quart. L'artère méningée moyenne est intacte. La dure-mère, ouverte à la partie inférieure de la plaie, laisse voir la substance cérébrale qui est herniée. Hémorragie abondante.

Lavages au sublimé, pansement iodoformé après suture des extrémités de la plaie. Injections sous-cutanées de whisky et digitale à deux reprises, respiration artificielle nécessaire pour ranimer l'opéré.

A la suite de l'opération, l'enfant reprend en partie connaissance; hémiplégie droite complète. La fièvre dure jusqu'au 10 septembre. Pas de suppuration de la substance cérébrale. La cicatrisation s'effectue. L'enfant ne conserve que la parésie des membres du côté droit; son intelligence reste affaiblie. Il quitte l'hôpital le 28 septembre.

2° Fracture compliquée du pariétal droit, chez un homme de 24 ans; enfoncement des fragments osseux, hernie du cerveau. Hémiplégie complète à gauche; on admet une lésion de la frontale ascendante. La hernie disparaît progressivement, la plaie guérit, l'hémiplégie s'atténue.

3° Dans ce cas, fracture du pariétal gauche chez un homme de 19 ans, her-

nie cérébrale. La zone motrice de l'écorce n'est pas atteinte, il n'y a pas de paralysie. Guérison complète à la suite de l'incision d'un petit abcès.

II. — Un homme de 52 ans, prononçant des paroles incohérentes et montrant qu'il souffre de l'oreille, présente du gonflement et de la rougeur avec suppuration du conduit auditif externe gauche. Il a de la fièvre le premier jour (38°), puis on constate le ralentissement du pouls (48 à 56 pulsations); constipation et vomissements.

On apprend que l'otite est déjà ancienne, mais qu'il y a depuis quinze jours une aggravation de la maladie, et l'on diagnostique une carie du rocher. En analysant les troubles du langage, on admet l'aphasie sensitive. D'autre part, il y a parésie du membre supérieur droit et de la face du même côté. On fait donc le diagnostic d'abcès de la première temporale (tiers postérieur) consécutif à une ostéite temporale.

Le 8 août, trépanation portant sur l'écaille du temporal et le pariétal; on enlève un fragment qui mesure cinq centimètres sur six. On met à nu les circonvolutions temporales sur toute leur étendue; la ponction de la première, dans le tiers postérieur, fournit du pus. On incise et on voit couler une cuillerée de pus. Drainage, pansement à l'iodoforme.

Les jours suivants, l'opéré commence à retrouver les mots qui lui faisaient défaut. La plaie a bon aspect, l'état général est satisfaisant.

Le plaie est fermée le 27 septembre; on perçoit à travers la peau les pulsations du cerveau. De ce côté la surdité est complète, mais les sécrétions se tarissent. L'aphasie n'a pas complètement disparu.

Au mois de décembre, la guérison est complète; seule la surdité persiste.

L. GALLIARD.

III.— Un homme de 57 ans se tire un coup de revolver en appliquant l'arme au sommet de la tête, sur la ligne médiane, à un pouce en arrière du bregma et en tenant l'arme verticalement. La balle reste dans l'os et fait éclater la lame interne. Immédiatement le sujet éprouve comme un choc électrique et tombe.

Déchirure du sinus longitudinal et de la dure-mère, hémorragie; intégrité apparente du cerveau. Rétention d'urine, paraplégie. Exagération des réflexes; pas d'anesthésie, pas d'analgésie, pas de paralysie des nerfs crâniens. Au bout de quatre mois, le sujet commence à marcher sans canne. Pas de troubles de l'intelligence; pas de convulsions.

Il faut admettre ici une lésion simultanée des circonvolutions ascendantes des deux côtés à leur extrémité supérieure, c'est-à-dire du centre moteur des deux jambes. L. GALLIARD

Traitement chirurgical des néoplasmes perforants de la voûte du crâne, par POUSSON (*Bullet. de la Soc. de chir.*, *XV*, *p.* 631).

A propos d'une observation personnelle, Pousson a réuni 42 cas de néoplasmes perforants de la voûte crânienne, avec 49 interventions, certains malades ayant été opérés plusieurs fois. Il compte 26 succès et 23 morts, soit une mortalité opératoire de 46,5 0/0. Mais les résultats diffèrent singulièrement, suivant le mode d'intervention.

L'incision, l'excision, la cautérisation, la ligature, prises en bloc, fournissent 19 observations, dont 14 morts et 5 succès. Il faut donc rejeter ces procédés, qui, du reste, n'ont qu'une valeur curative incertaine. Au contraire, l'extirpation, sur 30 observations, donne 21 succès et 8 morts,

L'extirpation doit donc toujours être faite, même s'il est nécessaire de pénétrer dans l'épaisseur de la substance cérébrale. C. WALTHER.

Der erste therapeutische Eingriff bei Blutungen innerhalb des Schædels (Première indication thérapeutique des hémorragies intra-crâniennes), par HEIDENHAIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 6, *p.* 126, 10 *février* 1890).

Heidenhain rapporte les observations de deux individus qui, venant d'éprouver une fracture de la voûte du crâne, ont pu faire un long trajet à pied, puis se déshabiller et se mettre au lit. Mais à peine étaient-ils dans la position horizontale qu'ils furent pris de stertor et de coma mortel au bout de quelques minutes. L'autopsie révéla que dans les deux cas la mort était due à une hémorragie entre la dure-mère et les os.

D'autre part, plusieurs fois il est arrivé à Heidenhain d'être appelé pour une hémorragie cérébrale grave qui avait succédé à une attaque apoplectique légère peu d'instants après qu'on avait couché les malades.

Il en conclut qu'en cas d'hémorragie intracrânienne le premier devoir du médecin est de maintenir le blessé ou le malade durant un assez grand nombre d'heures assis sur une chaise, la tête droite. Pendant ce temps, on recourra simultanément à la vessie de glace, aux pédiluves chauds, aux purgatifs d'effet prompt et marqué, aux sangsues enfin s'il y a lieu. J. B.

Contribution à l'étude de la chirurgie du cerveau basée sur la connaissance des localisations, par E. DECRESSAC (*Thèse de Paris, février* 1890).

Dans ce travail étendu, comprenant toute la chirurgie du cerveau, et que nous ne pouvons résumer ici, nous signalerons plus particulièrement le chapitre des localisations centrales et de la crânio-topographie, et celui du traitement.

88 observations sont rapportées en détail, et sont ainsi groupées: 20 observations (dont une de Peyrot inédite) d'hémorragies intra-crâniennes, montrent 17 guérisons et 3 morts; 30 fois on est intervenu pour tumeurs cérébrales, et 7 fois seulement l'opération a entraîné la mort du patient : dans les autres cas, on a noté soit guérison ou amélioration; quelquefois état stationnaire; sur 16 interventions pour abcès du cerveau (1 cas inédit de Périer) 10 fois la guérison a été obtenue; sous la rubrique d'observations diverses sont rangés 21 faits d'épilepsie jacksonnienne consécutifs à des traumatismes : dans 17 cas, l'opération a amené la guérison ou amélioration de l'état du patient, et 4 fois l'opération fut suivie de mort.

Comme conclusion : la trépanation n'a que la gravité de la lésion qu'elle veut combattre; par elle-même, elle est d'une bénignité comparable à celle des petites opérations chirurgicales. MAUBRAC.

Recherches cliniques et anatomiques sur deux tumeurs vasculaires du cuir chevelu, par F. TERRIER (*Rev. de chir.*, *n°* 1, *p.* 47, 1890).

Terrier rapporte deux observations personnelles, l'une d'anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, occupant la région temporo-occipitale droite, l'autre d'anévrisme artério-veineux du cuir chevelu, occupant la région temporale droite. Dans ces deux cas, l'extirpation fut faite après application d'une bande élastique autour du crâne, immédiatement au-dessus des deux oreilles; l'hémostase fut assurée par la ligature des vaisseaux

béants dans la plaie, avant l'ablation de la bande; dans les deux cas, les suites opératoires furent simples et la guérison assurée.

L'examen anatomique pratiqué par Malassez a montré que dans l'anévrisme cirsoïde, il n'y avait pas seulement dilatation des artères, artérioles et capillaires artériels, mais encore des veines, veinules et capillaires veineux, et que les capillaires proprement dits prennent aussi part à cette dilatation générale.

Il ne semble pas y avoir néoformation vasculaire, et si cette néoformation existe, elle ne doit jouer qu'un rôle accessoire dans la formation de la tumeur.

Les vaisseaux dilatés, veines ou artères, présentent tous des lésions manifestes de la tunique moyenne, parfois hypertrophiée, plus souvent atrophiée et remplacée par un abondant tissu conjonctif.

Les symptômes qui caractérisent l'anévrisme cirsoïde, mouvements d'expansion, battements, thrill et souffle continu avec renforcements, ne sont que le résultat de la facile communication entre les artères et les veines.

Dans le cas d'anévrisme artério-veineux existait un signe sur lequel Terrier appelle l'attention, c'est qu'en un point de la tumeur, la compression directe, avec l'extrémité du doigt, provoquait l'arrêt de tout battement et de tout bruit; c'est là un signe non décrit et très précieux pour le diagnostic. Quant aux autres signes, volume de la tumeur principale et développement des vaisseaux périphériques, ils dépendent surtout de l'époque à laquelle on observe la tumeur pulsatile. C. WALTHER.

The surgical treatment of inveterate « tic douloureux », par ABBE (*N. York med. journ., p.* 121, 3 *août* 1889).

L'auteur a pratiqué trois fois, avec succès, la résection du ganglion de Meckel pour guérir la névralgie faciale rebelle, d'après le procédé de Carnochan. Incision en V au-dessous de l'œil avec prolongation jusqu'à égale distance du nez et de l'angle de la bouche, trépanation du maxillaire, fracture de la paroi postérieure du sinus, ouverture de la fosse ptérygo-maxillaire; on détache le ganglion de Meckel de toutes ses connections nerveuses.

Il s'agisssait, dans le premier cas, d'un homme de 65 ans, chez lequel le maxillaire était particulièrement dur; la névralgie disparut en moins de trois semaines.

Le second opéré, âgé de 45 ans, souffrait depuis 11 ans, d'un tic douloureux de la branche maxillaire supérieure; disparition immédiate de la douleur.

Le troisième sujet avait contracté son tic douloureux à la suite de la pénétration d'une tige de fer qui avait blessé la cinquième paire et déterminé l'hémianesthésie faciale. Guérison complète. L. GALLIARD.

Etude sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithéliome pavimenteux lobulé, par Eugène OIRY (*Thèse de Paris, n°* 116, 1890).

Les épithéliomes pavimenteux lobulés peuvent dans certains cas très rares envahir de gros troncs nerveux et s'y propager en respectant dans une large mesure les tissus voisins.

L'envahissement du nerf se fait à la fois dans la gaine lamelleuse, qui bientôt perd ses caractères propres pour se confondre avec la gaine

périfasciculaire, et au sein des tubes nerveux qui sont détruits par compression par les produits épithéliaux.

La limitation du néoplasme au nerf n'est que temporaire, et dans certains points l'épithéliome diffuse dans la gaine vasculo-nerveuse et les tissus voisins.

Les voies lymphatiques et probablement aussi les vaisseaux sanguins du nerf déterminent la route suivie par le néoplasme.

Les symptômes sont des douleurs spéciales, parfois intolérables, et l'apparition de renflements fusiformes le long du nerf qui est considérablement augmenté de volume.

Le pronostic est grave en ce sens que, pour dépasser les points malades, le chirurgien peut être conduit à sacrifier le membre.

C. WALTHER.

I. — Case of suture of the median nerve and tendons in front of the wrist par CLARK (*Glasgow med. journ., p.* 139, *février* 1890).

II. — Case of secondary suture of the ulnar nerve performed eight months after its division, par J. BARLOW (*Ibidem, p.* 140, *février* 1890).

I. — Une jeune fille de 19 ans casse un carreau avec sa main et se fait une plaie à un pouce au-dessus du poignet.

Suture des tendons, des fléchisseurs superficiels et profonds, libération des deux bouts du médian avivés d'un coup de ciseau, suture. Pansement. Immobilisation en demi-flexion dès le troisième jour, retour de la sensibilité et possibilité de fléchir un peu le pouce et les doigts. Six semaines plus tard, sensibilité complète; on sent l'action des tendons si l'on presse le poignet. Mouvements encore faibles; mais depuis les quelques jours où la main est libre, ils se sont grandement accrus.

II. — Enfant de 14 ans, coup de scie circulaire à 3 pouces au-dessus du condyle interne de l'humérus; depuis lors, faiblesse de l'avant-bras et de la main. Atrophie des interosseux et de l'éminence hypothénar.

Extension des premières phalanges, flexion des secondes. Les interosseux sont paralysés et ne répondent plus aux courants électriques. Perte de la sensibilité du petit doigt et du bord interne de l'annulaire. Incision de la cicatrice; on libère les extrémités nerveuses renflées et on suture avec quatre fils de catgut. Pansement. Opération le 27 octobre. Le 9 novembre on commence l'électrisation des interosseux, les mouvements reviennent un peu, la sensibilité est plus nette.

Un an après, les interosseux sont toujours atrophiés et l'extension complète des doigts n'est pas possible; l'enfant peut se servir de sa main, ce qu'il ne pouvait faire autrefois.

L'opération aurait peut-être été meilleure si l'on eût excisé les extrémités nerveuses renflées. On ne l'a pas fait parce qu'il eut été difficile, sinon impossible, de mettre les extrémités au contact.

P. DUFLOCQ.

I. — Sarcoma of the thyreoïd gland, par SOLIS-COHEN (*N. York med. journ. p.* 146, 10 *août* 1889).

II. — The treatment of cystic goitre by Electrolysis, par Fletcher INGALS, (*Journ. of amer. med. Assoc., p.* 233, 15 *février* 1890).

III. — Die Behandlung des weichen Kropfes... (Traitement du goitre mou par les injections d'iodoforme), par MOSETIG-MOORHOF (*Wien. med. Presse, n°* 1, *p.* 1, 1890).

I. — Homme de 45 ans, se présentant en juillet 1887 avec un gonflement

du cou, de la dyspnée, du ptosis et du myosis à droite, de la rouge sueurs exagérées du même côté à la face. Ces désordres datent déjà sieurs années. L'auteur constate qu'avec ces signes de compre grand sympathique il existe de la paralysie de la corde vocale droit conséquent, une compression du récurrent. On trouve une tumeur droit du corps thyroïde, laquelle comprime également la trachée et d une suffocation menaçante.

Le 1er août on est obligé de pratiquer la trachéotomie à travers hyperthrophié du corps thyroïde. Hémorragie abondante dans la tra

A la suite de l'opération, la tumeur diminue; le malade garde sa

Au mois de février 1889, hémorragie provenant de la tumeur. nomènes de compression du sympathique et du vague à droite pe dyspnée, mort rapide, pas d'autopsie. L. GALLI

II. — 1° Une femme portait un kyste du lobe droit de la glande d'un pouce et demi de diamètre; 3 ponctions n'avaient pas amené la de la tumeur, dont un tiers paraissait de nature solide; on introd aiguille dans le sac, et plaçant le pôle opposé sur la tumeur, on f un courant électrique pendant dix minutes. L'opération fut répétée qu et le kyste ne se reforma plus. Trois ans après, la guérison s'éta tenue : la tumeur dure n'avait point augmenté.

2° Dans ce fait, le goitre existait depuis plusieurs années, et durant dernières années avait été ponctionné, injecté d'iode, traversé d' sans résultat. Le lobe droit de la thyroïde avait un kyste de 2 pouces de diamètre. Ingals, n'ayant obtenu aucun changement à l'aide d'i phéniquées, introduisit dans le kyste deux aiguilles de platine et fi un courant durant vingt minutes. Quatre séances répétées à six ou h d'intervalle amenèrent la guérison complète. MAUB

III. — L'auteur a remarqué dans ces derniers temps la multi des goitres à Vienne ; le plus fréquent est le goitre mou, anqu cipent également les deux lobes du corps thyroïde. Les injectior parenchymateuses de teinture d'iode peuvent avoir pour effet gonfler le goitre ou de l'abcéder. Aussi l'auteur use-t-il de ans du mélange suivant :

Iodoforme, 1 partie; éther, 5 parties; huile d'olive, 9 parti

La solution fraîche est jaune et transparente; dès qu'elle devie par la mise en liberté de l'iode, il faut la rejeter. L'auteur inje la seringue de Pravaz un gramme en général, jamais plus de 4 gr il lui suffit de pratiquer 5 à 10 injections, en laissant quelqu d'intervalle entre deux injections. Il a pu obtenir la cure com dix jours.

L'injection détermine une sensation de brûlure, des douleurs i vers la tête ou le bras, parfois un accès de toux. On n'a pas à d'ouvrir une veine volumineuse et, à cet égard, les injections renchymateuses offrent moins de danger que les injection cutanées.

L'auteur a traité 79 malades, dont 62 femmes; chacune aya moyenne 5 injections, cela donne une somme de 370 injections, seul accident. Dans tous les cas, le résultat a été satisfaisant, parfait.

Dans les cas de goitre rétro-sternal, il n'est pas nécessaire d'a les parties plongeantes pour en réduire le volume; il suffit d'inj

solution dans le segment sus-sternal du goitre. C'est ce que prouve l'observation d'un homme de 44 ans, que l'auteur publie. L. GALLIARD.

Sur les altérations de la glande sous-maxillaire consécutives à la lithiase salivaire, par P. BERGER (*Bull. de la Soc. de chir.*, *XV*, *p.* 599).

Sur un malade chez lequel il avait porté le diagnostic de calcul de la glande sous-maxillaire se prolongeant dans le canal de Wharton, Berger se décida à pratiquer l'extraction par la voie sus-hyoïdienne. Il put dès le début de l'opération constater qu'il ne s'agissait pas d'un calcul, d'une tumeur calcaire, mais d'une dégénération de la glande qui était absolument dure, scléreuse et de plus adhérente à toutes les parties environnantes. La nature de l'affection paraissant suspecte, la glande fut largement enlevée, et aux limites supérieures de la glande, vers le plancher de la bouche, on amena tout à coup au dehors un gros calcul, friable, celui qu'on sentait par le cathétérisme du canal de Warton.

Sur la pièce examinée par Pilliet on constata une sclérose péri-lobulaire et endo-lobulaire, amenant la disparition à peu près complète de la glande, atrophie produite par l'intermédiaire de cellules lymphatiques réunies en foyer et présentant tous les caractères du tissu de granulation du néoplasme infectieux.

Ici comme dans les autres glandes, Berger pense que la dilatation du système des canaux excréteurs et l'atrophie du tissu glandulaire sont la conséquence de l'obstruction du canal excréteur principal; la sclérose de l'organe dépendrait d'un élément surajouté, d'une infection microbienne.

Les modifications de consistance peuvent faire prendre pour un calcul la glande elle-même; au cours de l'opération, l'induration du tissu et les adhérences peuvent faire croire à un néoplasme malin. Il n'y a du reste que des avantages à enlever une glande ainsi altérée quand les lésions sont très avancées. C. WALTHER.

De la périodontite expulsive et de son traitement, par Paul RICHER (*Thèse de Paris*, *n°* 111, 1890).

La périodontite expulsive est une affection locale de nature très probablement infectieuse, altérant les tissus péridentaires et amenant l'ébranlement et la chute des dents avec ou sans suppuration; elle se présente sous deux formes caractérisées : *a*) l'une par le décollement gingival et une suppuration plus ou moins abondante (forme phlegmoneuse ou suppurante) ; *b*) l'autre par l'absence de décollement gingival et de suppuration (forme sèche).

Dans tous les cas, le caractère anatomo-pathologique fondamental est la résorption alvéolaire.

Dans la forme phlegmoneuse, la maladie, qui suit généralement une marche chronique avec poussées aiguës, procède parfois aussi avec une très grande rapidité (forme foudroyante).

Dans la forme sèche, la marche est toujours chronique. Au point de vue du diagnostic, cette affection doit tout particulièrement se distinguer des gingivites et de la périostite alvéolo-dentaire ; le pronostic est toujours grave.

Les causes sont générales (diabète, ataxie, syphilis) ou locales (traumatismes sous toutes les formes). Le traitement chirurgical seul peut agir.

Pointes de feu, lavages antiseptiques dans la forme sèche; comme prophylaxie, extraction des dents trop serrées et lavages antiseptiques.

F. VERCHÈRE.

I. — De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par NICAISE (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 26 *novembre* 1889).

II. — Du cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage), par KIRMISSON (*Ibidem*).

III. — De l'œsophagotomie a séances multiples, par LE DENTU, rapport de LE FORT (*Ibidem*).

IV. — Des indications thérapeutiques dans les rétrécissements cicatriciels ou cancéreux de l'œsophage, par Léon LE FORT (*Bulletin général de thérapeutique, janvier* 1890).

V. — Œsophaguscarcinom mit Gastrostomie, par SICK (*Deutsche med. Woch.*, *n.* 51, *p.* 1051, 1889).

VI. — Nouveau cas de gastrostomie avec formation d'un sphincter, par GIRARD (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n.* 1, *p.* 9, 1er *janvier* 1890).

I à III. — Ces trois mémoires traitent du même sujet : la thérapeutique des rétrécissements de l'œsophage, soit cancéreux, soit cicatriciels ; Le Fort en a réuni l'examen dans le même rapport. Si l'on veut savoir à quel point la gastrostomie peut assurer la survie du malade, on doit d'abord établir une distinction entre les gastrostomies pour cancer et celles pratiquées pour rétrécissement cicatriciel. Relativement à ces derniers, le rapporteur a réuni 56 observations de gastrostomies qui ont donné 30 morts et 26 guérisons. Sur ces 26 malades guéris, la guérison n'a été de longue durée que pour 16 d'entre eux, dont 13 avaient recouvré la perméabilité de l'œsophage. De l'examen de ces cas, on peut poser comme règle que l'introduction des aliments directement par la fistule gastrique est insuffisante, sauf dans quelques cas exceptionnels, pour entretenir une nutrition complète, si ces aliments n'ont pas été imprégnés de salive ou mélangés de salive. Lorsque la gastrostomie a été suivie de guérison, il faut, par tous les moyens possibles, s'efforcer de rendre à l'œsophage sa perméabilité ou, du moins, une perméabilité suffisante pour que l'ingestion de la salive soit possible ou facile.

Pour obtenir ou maintenir cette perméabilité, on s'est servi de différents dilatateurs ou l'on a eu recours à l'œsophagotomie interne. Le Dentu est partisan des scarifications plutôt que des incisions; c'est un procédé qui ne peut encore être jugé, car il n'a à son actif qu'une observation, dont les suites n'ont pas été connues. D'après le rapporteur, la dilatation immédiate progressive qu'il a appliquée depuis une dizaine d'années permet d'éviter l'opération et donne de très bons résultats.

Quant aux rétrécissements cancéreux, il résulte d'une statistique, portant sur 134 cas, que la gastrostomie a été suivie de mort rapide 115 fois et que les survivants n'ont eu qu'une survie assez courte : aussi le rapporteur ne partage-t-il pas l'opinion de Nicaise, qui regarde l'opération comme préférable à l'emploi de la sonde œsophagienne.

Pour ce qui est du cathétérisme à demeure, mis en pratique depuis quelques années, après Krishaber, en Angleterre et en Allemagne, et

de nouveau préconisé par Kirmisson, il est préférable aux autres moyens de dilatation et, s'il a quelques inconvénients, il ne présente pas du moins les dangers immédiats de la gastrostomie; c'est une méthode à prendre en considération. OZENNE.

IV. — Le Fort se sert pour pratiquer la dilatation immédiate progressive de bougies et de sondes urétrales modifiées. L'extrémité conique de ces bougies est coupée à une petite distance de la pointe, et on y fixe un ajutage en maillechort, de forme conique, à la pointe duquel se visse une petite tige filetée qui le prolonge. On fixe ces bougies urétrales à une tige en baleine munie d'un anneau. Une tige de plomb placée à l'intérieur de la bougie leur donne la résistance et la malléabilité suffisante.

Dans le rétrécissement cancéreux, la gastrostomie donne une mortalité minima de 72 0/0. La survie est en moyenne de 2 à 3 mois. Le Fort conseille de tenter ici l'application de la sonde à demeure.

P. TISSIER.

V. — Femme de 52 ans, opérée le 4 mai 1888 pour un cancer infranchissable de l'œsophage. La gastrostomie a permis à l'opérée de vivre pendant une année; son état était resté satisfaisant pendant onze mois, et brusquement la perte des forces est survenue.

A l'autopsie, pneumonie double. Carcinome œsophagien, long de 6 centimètres; au-dessus dilatation modérée de l'œsophage.

Pas de métastases.

L'auteur attribue ce succès relatif à l'époque choisie pour l'opération, on l'a pratiquée de bonne heure. Il conseille dans les cas analogues de s'abstenir des cathétérismes qui peuvent léser le cancer et ouvrir les voies lymphatiques et sanguines. L. GALLIARD.

VI. — Homme de 60 ans atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage qui, depuis huit jours, ne laissait plus passer une seule goutte de liquide. Après la gastrostomie, la température oscilla entre 36 et 36,8; le pouls, qui s'était relevé, faiblit graduellement à partir du troisième jour. A ce moment l'œsophage était redevenu franchissable pour les liquides. Malgré l'administration toutes les trois heures de bouillon, café, lait, vin et cognac et de lavements de peptone, l'opéré succomba cent heures après la gastrostomie.

Durant tout ce temps, il ne s'était écoulé aucun liquide par la fistule gastrique munie d'un tube de caoutchouc, preuve que le sphincter avait bien fonctionné.

A l'autopsie, l'estomac contenait près d'un litre de liquide. Pas trace de péritonite ni de réaction inflammatoire au pourtour de la fistule. Le cône gastrique était bien adhérent aux parois abdominales ainsi qu'aux faisceaux sphinctériens du muscle grand droit.

Dans la discussion, P. Niehans expose que pour remédier aux inconvénients des fistules gastriques, il a essayé de suturer l'extrémité pylorique de l'estomac dans le muscle droit abdominal afin d'obtenir une double occlusion. Les aliments étaient introduits dans le pylore de façon à arriver directement dans le duodénum. La moitié supérieure réséquée de l'estomac fut soigneusement suturée et une petite fistule fut établie pour faciliter, le cas échéant, l'issue de sécrétions. Mais le résultat ne répondit pas à l'attente de l'opérateur.

Kronecker fait remarquer que, chez les animaux, le muscle oblique paraît être mieux qualifié que le grand droit pour le suturer à la fistule gastrique.

Le fait que, chez l'opéré de Girard, le contenu de l'estomac s'écoulait en jet lorsqu'on ouvrait le tube de caoutchouc prouve que le pylore restait fermé. Il y aurait donc lieu de s'en préoccuper dans l'intérêt d'une meilleure absorption des aliments.

Girard pense qu'il suffirait pour cela d'introduire un drain jusque dans le duodénum. Il ajoute que le muscle oblique lui semblerait très propre à la formation d'un sphincter en cas d'établissement d'un anus contre nature. (*R. S. M.*, XXXIII, 220.) J. B.

I. — Sur quatre cas d'abcès du foie traités par l'incision directe, par CHAUVEL (*Archives de médecine, août* 1889).

II. — Ueber eine zweckmässige Methode der operativen Entfernung von Gallensteinen (Nouvelle méthode opératoire pour les calculs biliaires), par Emil SENGER (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 2, *p.* 28, 13 *janvier* 1890).

III. — Die ideale Cholecystotomie, zweizeitig ausgeführt (La cholécystotomie idéale, exécutée en deux temps), par A. WÖLFLER (*Ibidem, n°* 5, *p.* 100, 3 *février*).

IV. — Zur zweckmässigen Methode der operativen Entfernung von Gallensteinen von E. SENGER (Critique du procédé opératoire), par LANGENBUCH (*Ibidem*).

V. — Ileus durch Einklemmung eines grossen Gallensteines im Dünndarm (Obstruction intestinale par un gros calcul biliaire), par HELFERICH (*Deutsche med. Woch., n.* 13, *p.* 260, 1889).

I. — De l'observation de quatre abcès du foie, l'auteur conclut :

1° L'ouverture immédiate au bistouri des abcès du foie ne présente pas de dangers de péritonite si elle est pratiquée antiseptiquement.

2° Cette ouverture doit être large et placée de façon qu'elle conduise directement dans l'abcès. En raison du relèvement de la section du foie après la sortie du liquide, il est indiqué de la faire en un point aussi élevé que possible. Si elle se rétrécit ainsi que le trajet pariétal par le rapprochement rapide des côtes, la résection d'un fragment de celles-ci peut devenir nécessaire.

3° Il semble inutile, peut-être même ne serait-il pas sans inconvénient de réunir par suture les lèvres de la plaie pariétale aux lèvres de la plaie hépatique.

4° L'ouverture large des abcès du foie doit être pratiquée hâtivement. Des ponctions exploratrices répétées sont nettement indiquées sitôt qu'on soupçonne la présence du pus.

5° Il est presque toujours impossible de reconnaître l'existence sûre d'autres abcès de côté de la collection principale, au moins d'une façon assez certaine pour rejeter toute intervention. Dans ces conditions, l'incision large fait disparaître une des sources de la fièvre ; elle favorise l'ouverture des foyers secondaires dans la grande cavité devenue vide. Si elle n'arrête pas la marche de l'affection, au moins elle n'exerce sur son cours aucune influence nuisible.

6° Les abcès du lobe gauche du foie semblent être plus dangereux, plus graves, tant en raison de la possibilité d'une péricardite par propagation que de la probabilité de collections purulentes concomitantes dans le volumineux lobe droit. RICHARDIÈRE.

II. — Chez une femme de 29 ans, atteinte de lithiase biliaire avec tumeur

volumineuse formée par la vésicule dilatée, Senger a pratiqué l'opération suivante :

Incision de 12 centimètres de long, au niveau du bord externe du grand abdominal droit; suture des téguments abdominaux avec le péritoine. Les doigts sentent dans la vésicule dilatée un calcul; le canal cholédoque est libre. Senger attire la vésicule au dehors de la plaie, en rompant de nombreuses adhérences qui donnent lieu à un écoulement de sang assez fort et prolongé; pour amener la vésicule plus facilement dans la plaie, il relève le bord antérieur du foie. Puis, pour empêcher que la vésicule ne s'échappe, il la renverse sur le côté droit, place au-dessous un tampon de gaze iodoformée et la fixe par son sommet aux téguments abdominaux avec un fil de soie qui n'atteint pas la muqueuse. Voilà pour le premier temps de l'opération, terminé par un pansement.

Quarante-deux heures plus tard, alors que des adhérences se sont établies entre la vésicule et le péritoine, il incise la vésicule pour en extraire le calcul qui était un peu plus gros qu'un œuf de pigeon, puis il referme aussitôt avec du catgut les parois de la vésicule. Au bout de deux jours, renouvellement du pansement. De la suture il ne reste qu'une fistule du calibre d'une pointe d'épingle ; mais en l'avivant toute la suture se rompt. Senger excise alors un tronçon des parois de la vésicule, dissèque un peu la muqueuse et refait une suture avec du fil fin. Celle-ci tient; mais le péritoine s'était décollé de la paroi abdominale sur un point, et de la bile s'était épanchée entre deux. Consécutivement, l'opérée, jusque-là apyrétique, eut un peu de fièvre et un abcès tégumentaire au côté de la plaie abdominale. Néanmoins, au bout de trois semaines, elle était parfaitement guérie. Vu cet abcès, Senger n'osa donner suite à son projet de réduire la vésicule dans la cavité abdominale et de suturer la plaie de laparotomie. Néanmoins, au bout de douze jours, le sommet de la vésicule avait déjà disparu du fond de la plaie.

Senger estime que son opération réunit le double avantage d'être aussi peu dangereuse que la cholécystotomie ordinaire et aussi efficace que la cholécystotomie idéale de Kuester (*R. S. M.*, XXXI, 235), tout en exposant moins les malades.

III. — Wölfler confirme les avantages de la cholécystotomie idéale en deux temps, décrite par Senger. Il l'a pratiquée lui-même trois mois et demi avant Senger, pour la première fois, chez une femme de 45 ans, et a été frappé à la fois de sa simplicité et de sa sécurité.

IV. — Langenbuch, au contraire, critique l'opération de Senger. Elle n'est d'abord applicable qu'aux cas relativement exceptionnels de vésicule assez volumineuse pour se laisser attirer à l'orifice de la plaie abdominale. La suture de la vésicule à la paroi abdominale est trop peu solide et l'interposition de la gaze iodoformée ne peut que s'opposer à la formation d'adhérences au péritoine pariétal. Ce n'est pas au bout de deux jours, mais au bout de huit à 12 jours, qu'on pourrait commencer sans péril le deuxième temps de l'opération, afin de laisser aux adhérences péritonéales le temps de devenir assez résistantes ; Senger a dû s'en apercevoir, puisque son opérée a eu de la fièvre et un abcès. En outre, son procédé de fermeture de la vésicule incisée est insuffisant, ainsi que l'événement l'a montré.

Pour Langenbuch, il n'y a qu'une réforme utile de la cholécystotomie idéale, c'est de pratiquer toute l'opération en un seul temps, ainsi qu'il l'a fait dans un cas. L'abdomen ouvert, on pratique à la vésicule une incision strictement suffisante pour en évacuer le contenu, puis on referme

la vésicule à l'aide des sutures de Lembert ou de Czerny. Ensuite on suture le sommet de la vésicule dans la plaie abdominale, de manière que toute la suture reste visible. La vésicule se rétracte d'elle-même peu à peu dans la cavité abdominale. J. B.

V. — Chez une femme de 67 ans, atteinte d'obstruction intestinale, on vide l'estomac, puis on pratique la laparotomie; on trouve dans l'intestin grêle, à 35 centimètres du cæcum, un calcul biliaire ou plutôt la moitié d'un calcul dont la dimension totale serait celle d'un œuf de poule.

A l'autopsie (le sujet ayant succombé 43 heures après l'opération), on constate que l'estomac, le duodénum, le côlon transverse, la vésicule sont unis par des brides conjonctives. Il existe entre la vésicule perforée et le duodénum un petit canal dans lequel est retenue la moitié du calcul biliaire qu'on a cherchée vainement au moment de l'opération. La migration du calcul à travers les parois de la vésicule a déterminé une péritonite fort préjudiciable, car elle a eu pour résultat la paralysie de l'intestin, et l'auteur lui attribue l'échec opératoire. L. GALLIARD.

I. — Ein Beitrag zur Leberchirurgie (Chirurgie du foie), par J. ISRAEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 41, 1890).

II. — Cholelitothripsie bei Choledochusverschluss mit völliger Genesung, par Th. KOCHER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 4, *p.* 97, 15 *février* 1890).

III. — Cholecystotomie, par LAUENSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 25, 1890).

IV. — Cholecystectomie, par HOCHENEGG (*Soc. des méd. de Vienne*, 31 *janvier* 1890).

I. — En pénétrant dans l'épaisseur du foie avec le thermocautère pour atteindre un kyste hydatique de la convexité, l'auteur a provoqué des accidents très graves d'asphyxie passagère qu'il attribue à l'entrée de l'air dans une veine hépatique volumineuse. Cette entrée de l'air serait favorisée par la cirrhose qui maintient béantes les veines du foie. Le sujet, un homme de 34 ans, avait en effet, outre le kyste, un foie cirrhosé et maintenu solidement en place par des adhérences; ces adhérences avaient empêché l'auteur d'abaisser l'organe et de le faire basculer en avant d'après le procédé de Landau qu'il avait choisi tout d'abord.

Comme le kyste remontait jusqu'au quatrième espace intercostal en avant, l'auteur regretta de n'avoir pas eu recours à son procédé personnel, qui consiste à attaquer la paroi thoracique et à réséquer même des côtes.

L'asphyxie et la cyanose ayant duré une heure environ et forcé le chirurgien à interrompre l'opération, il fallut la recommencer au bout de quelques jours. Cette fois le thermocautère pénétra sans accident; après l'écoulement du liquide kystique, on vit sortir une grande quantité de bile, et le chirurgien put établir que la bile provenait des parois même de la cavité.

Dès lors, la fistule donna tous les jours issue à un litre de bile au minimum, et cela pendant dix mois sans causer de graves préjudices à l'opéré. Au bout de ce temps, l'auteur essaya de boucher exactement le tube introduit dans le kyste, il arrêta ainsi momentanément l'écoulement de la bile au dehors, la faisant refluer dans l'intestin, puis introduisit dans la cavité des morceaux de nitrate d'argent; plus tard il fit des injections d'iode. Ce n'est qu'au bout de deux ans que la fistule fut oblitérée, et encore l'auteur n'ose affirmer (dix semaines après l'oblitération) la guérison définitive.

L. GALLIARD.

II. — La cholélithotritie ou broiement des calculs biliaires à l'inté-

rieur du cholédoque proposé par L. Tait n'avait encore été faite que deux fois, l'une par Langenbuch (*R. S. M.*, XXXI, 236), l'autre par Credé (*R. S. M.*, XXXV, 608).

Homme de 52 ans, ayant, depuis 15 ans au moins, des coliques hépatiques. Le 11 février 1888, attaques convulsives suivies de coma prolongé. Etat actuel : ictère intense, foie volumineux; pas de vésicule biliaire appréciable. Selles à peine colorées. Urines contenant les matières colorantes de la bile. Opération le 13 mai 1889. Incision de 22 centimètres parallèle à l'arc costal, mais à quelque distance de lui, et dirigée obliquement de la ligne médiane à la ligne axillaire un peu au-dessus du bord inférieur du foie; hémostase soigneuse. Section du grand droit et des autres muscles abdominaux. Ligature de l'artère et de la veine épigastriques supérieures. L'emplacement de la vésicule biliaire est occupé par des cordons membraneux qui soudent entre eux le côlon des anses d'intestin grêle et l'épiploon. Ces cordons sont sectionnés après double ligature. En arrière des intestins adhérents, on sent dans la profondeur un calcul gros comme une noisette qui occupe le canal cholédoque énormément dilaté (2 centimètres de diamètre), en même temps qu'un deuxième calcul moins volumineux. Ces deux calculs sont broyés par une pression énergique du pouce et de l'index. Pour se ménager la possibilité d'une cholédochoduodénostomie ultérieure, Kocher fixe par cinq points de suture le canal cholédoque au duodénum, mais sans compléter la suture circulaire et sans ouvrir les deux organes. Aucune élévation de température après l'opération. Dès le 16, les dernières sutures sont enlevées et la plaie réunie par première intention. Le 21, les selles plus colorées renferment de nombreux débris de calculs composés de cholestérine et de bilirubine. Leur ensemble représente, à l'état sec, un volume de 2 1/2 centimètres cubes.

Le 28 mai, au départ du malade, l'ictère a disparu, l'urine contient encore des traces de matière colorante biliaire. Six mois plus tard, l'homme est en parfaite santé; son foie ne dépasse plus que de deux travers de doigt le rebord des côtes. J. B.

III. — Dans ce cas, la cholécystotomie a été pratiquée en deux temps chez une femme de 43 ans.

Tumeur douloureuse ponctionnée et fournissant du pus, pas de crochets. L'auteur fait une incision transversale et met à nu la vésicule à laquelle adhère le grand épiploon. Suture de la vésicule au péritoine pariétal.

Au bout de cinq jours, section de la vésicule qui contient du pus et six calculs. Guérison. L'opérée conserve une fistule biliaire. L. GALLIARD.

IV.— Tumeur située au-dessous de l'arc costal droit et paraissant séparée du foie par une zone sonore, chez une femme de 58 ans, atteinte de dyspepsie et de constipation opiniâtre. On diagnostique un cancer du pylore ou de l'intestin. L'incision faite, on constate qu'elle est constituée par la vésicule biliaire qu'on extirpe. Comme la face inférieure du foie est envahie par le cancer, on en excise une partie.

La vésicule est dure, épaisse, cancéreuse et contient 47 calculs.

Traitement extrapéritonéal de la plaie hépatique. Guérison de la malade en six semaines. Pas de récidive à constater six mois plus tard. L. GALLIARD.

Gastrostomy for non-malignant stricture of the œsophagus, par CLARK (*N. York med. journ., p.* 490, 2 *novembre* 1889).

Fille de 20 ans, ayant avalé en septembre 1888 deux gorgées d'un liquide caustique; depuis cette époque elle a les signes d'un rétrécissement œsophagien très étroit, ne peut avaler que des liquides. Dix mois après, le 22 juillet 1889, l'auteur constate qu'il existe, à onze pouces et demi des incisives, un obstacle absolument infranchissable. La patiente est très émaciée, elle a

de fréquents accès de spasme de la glotte. Les liquides eux-mêmes ne passent pas toujours.

Le 14 août 1889, incision de la paroi abdominale, suture de l'estomac à la paroi. Le lendemain T. 100°, 5 F.; P. 90. On alimente l'opérée par le rectum. Le 16 août, apyrexie.

Le 25, les adhérences étant solides, incision de l'estomac; on y introduit une canule de verre.

Le 2 septembre on place la canule définitive en argent, longue de 2 pouces, ayant un tiers de pouce de diamètre. On y adapte un tube de caoutchouc avec une sorte d'entonnoir dans lequel l'opérée peut verser les aliments.

Le 30, elle a gagné 25 livres et reprend ses occupations. L. GALLIARD.

I. — Sur deux observations de gastroentérostomie, par ROUX (de Lausanne). rapport par MONOD (*Bullet. de la Soc. de chir., t. XV, p.* 572).

II. — Gastroentérostomie pour un cancer de l'estomac, par POZZI (*Ibidem, p.* 586).

I. — Des deux femmes opérées par Roux pour cancer du pylore avec sténose très accentuée, la première est morte le lendemain sans aucune réaction péritonéale, sans aucun accident opératoire, mort surtout due à l'état d'inanition et de faiblesse extrême de la malade; la seconde guérit, les forces revinrent rapidement, l'estomac supporta très bien l'alimentation. Mais, après quelques semaines de digestion en apparence normale, avec augmentation de poids, la malade déclina rapidement et s'éteignit trois mois après l'opération.

Monod a fait un relevé de tous les cas publiés de gastroentérostomie et trouve pour 29 opérations (y compris celles de Roux et celle de Pozzi), 15 guérisons opératoires et 14 morts dans les premiers jours, soit une mortalité de 48 0/0.

Pour les 17 premières opérations, il y avait eu 11 morts, soit 64 0/0 de mortalité. L'amélioration commence aux 8 opérations de Lücke avec une seule mort, au quatorzième jour, par inanition et pneunomie.

Pour que l'opération soit justifiée, il faut :

1° Que le malade soit encore relativement jeune, pas trop affaibli, en état par conséquent de supporter le choc opératoire;

2° Que la maladie soit de date relativement récente ou du moins que l'obstacle absolu du passage des aliments ne soit pas trop ancien;

3° Que cet obstacle absolu existe, que la sténose pylorique soit telle que l'alimentation soit devenue impossible.

La distension artificielle de l'estomac par l'acide carbonique peut renseigner non seulement sur l'état du pylore, mais encore sur le siège exact de la lésion et sur l'existence d'adhérences qui peuvent contre-indiquer l'opération.

II. — Homme de 60 ans. Cancer du pylore, caractérisé par l'obstruction pylorique et l'émaciation sans vomissements noirs ni tumeur appréciable au creux épigastrique. Très mauvais état général, opération *in extremis*. L'abouchement de l'intestin à l'estomac a été fait en passant au-dessous du colon transverse, à travers une boutonnière du mésocôlon. Fixation complémentaire de l'anse intestinale à l'estomac, au delà de la bouche, pour donner une orientation convenable à la voie alimentaire.

Opération régulière. Durée une heure et demie. Mais l'affaiblissement continue et le malade meurt le lendemain. C. WALTHER.

Three cases of sub-diaphragmatic abcess, par A. MASON (*Boston med. journ., p.* 449, 7 *novembre* 1889).

Voici le sommaire des trois observations :

1° Ulcère du duodénum, ayant déterminé un abcès péri-hépatique contenant de l'air et simulant un pneumo-thorax : adhérences du poumon droit au diaphragme : épanchement pleurétique. Autopsie;

2° Ulcère probable de l'estomac : abcès sous-diphragmatique, adhérences du poumon, pneumonie. Autopsie ;

3° Abcès périnéphrétique d'origine tuberculeuse : gangrène du diaphragme, empyème, dégénérescence amyloïde. Autopsie.

D'après Mason, les signes suivants pourraient permettre de porter le diagnostic d'abcès sous-diaphragmatique : adhérences du poumon avec le diaphragme, avec antécédents et signes d'inflammation au-dessous du diaphragme : liquide limité à la cavité pleurale postéro-inférieure : signes physiques de condensation ou compression du lobe postérieur : léger frémissement, respiration diminuée à la surface antérieure de la base : enfin absence de toux et d'expectoration. MAUBRAC.

Beitrag zur operativen Behandlung der Cœcumtumoren, par SUCHIER (*Berlin. klin. Woch., n°* 27, *p.* 617, 8 *juillet* 1889).

Polisseur d'agates, âgé de 32 ans, émacié et affaibli. Cœur et poumons normaux. Début de l'affection actuelle, il y a un an, d'abord très lent. Dans les dernières semaines, inappétence, nausées, éructations d'odeur fécaloïde et selles de moins en moins volumineuses.

Dans la région iléocæcale, tumeur de la grosseur d'un poing d'homme, dure, bosselée, très douloureuse à une pression modérée. Ablation de la tumeur le 1er novembre 1887. L'épiploon du voisinage présente de nombreuses granulations jaunâtres variant d'une tête d'épingle à un pois; en en réséquant un fragment grand comme la main, on blesse avec les ciseaux une anse d'intestin grêle qui lui adhérait ; la plaie non pénétrante est fermée avec du catgut. La tumeur siège à la fois sur la partie supérieure du cæcum et la partie inférieure du colon ascendant. Extirpation d'une quinzaine de ganglions mésentériques dégénérés, dont quelques-uns atteignent les dimensions d'une noix. Le tissu du cæcum était si friable qu'il se déchira. On put laisser en place la valvule iléocæcale et l'appendice vermiforme. Après ablation de la tumeur, entérorraphie par la double suture de Czerny (à l'intérieur, soie; à l'extérieur, catgut).

Durant deux jours, vives douleurs. Pas de fièvre notable. Administration continue d'opium. Le septième jour, première selle. A partir du second jour, l'opéré commence à prendre quelques aliments liquides. Au bout de 17 jours, il se levait.

Vingt mois se sont écoulés depuis l'opération, et la santé est encore parfaite.

La tumeur enlevée était de forme cylindrique comme l'intestin : elle avait de 10 à 12 centimètres de hauteur sur 6 de diamètre. La résection ayant porté sur des tissus sains, on avait enlevé en tout un tronçon de 20 centimètres de longueur.

A la coupe de cette tumeur, riche en tissu conjonctif dense, on distinguait à peine un vestige du canal. Le rétrécissement était dû à l'épaississement des parois intestinales, occasionné lui-même par une prolifération conjonctive contenant des tubercules typiques.

L'épaisseur des parois de l'intestin était encore accrue par l'adhérence intime des ganglions et de l'épiploon tuberculeux. La tuberculose avait envahi

les tuniques externes et le tissu sous-muqueux, tandis que la muqueuse intestinale était seulement enflammée. J. B.

Ueber einen Fall von retroperitonealen Abscess... (Abcès rétropéritonéal résultant de la rupture à travers le diaphragme d'un épanchement pleural suppuré), par E. LEYDEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 29, *p.* 649, 22 *juillet* 1889).

Femme de 22 ans, levée dès le cinquième jour de ses couches, qui furent normales. Mais bientôt, sans tousser ni cracher, elle est prise de points du côté gauche; les douleurs irradiaient d'une part du dos vers la région antérieure du thorax, d'autre part dans l'abdomen au-dessous des côtes. Un médecin diagnostiqua un épanchement pleurétique remontant le 25 avril, jusqu'à la sixième vertèbre dorsale; le 2 mai, il était réduit de moitié, sans aucune ponction.

Le 31 mai, huit semaines après l'accouchement, on constate un mouvement fébrile à peine marqué, bien que le pouls soit fréquent; émaciation, faiblesse. Au niveau de l'abdomen, à gauche de l'ombilic, tumeur, arrondie, rénitente, très douloureuse, qui remplit presque toute la moitié gauche du ventre, surmonte le rein, s'étend jusque dans la région lombaire, tandis qu'en bas elle refoule en dedans l'S iliaque. En haut, la tumeur se perd insensiblement dans l'hypocondre gauche. L'espace semi-lunaire correspondant est mat. En revanche, aucune matité au niveau du côté gauche du thorax, mais un bruit très net de frottement perceptible au niveau de la moitié inférieure de la paroi thoracique postérieure gauche. L'urine ne contient que des traces d'albumine. Une ponction exploratrice pratiquée dans la lombe donne issue à un pus trouble, inodore, renfermant de rares staphylocoques.

Une large incision faite en dehors du muscle sacro-lombaire fournit 400 grammes d'un pus crémeux, non fétide, ne contenant que des staphylocoques et de nombreux cristaux de tyrosine.

L'exploration digitale du foyer montre que le rein intact se trouve en arrière. La cavité a des parois parfaitement lisses, sans lambeaux gangreneux. Dès le lendemain, les selles contenaient une assez grande quantité de pus et la tumeur abdominale avait disparu. Guérison. J. B.

Rottura del duodeno per trauma e contribuzione allo studio del processo reparativo nell' ulcera duodenale cronica, par A. VITI (*La Riforma medica*, 1er *août* 1889).

Homme de 52 ans, tombé à la renverse sur un filet plein de fourrage; pendant deux jours douleurs abdominales légères; au bout de deux jours seulement, signes de péritonite par perforation et mort en quelques heures. A l'autopsie, péritonite purulente; ulcération de la muqueuse de 3 centimètres de diamètre, empiétant sur l'orifice pylorique, présentant une disposition en entonnoir et se terminant par une perforation de 5 millimètres de long sur 3 de large. Cet ulcère duodénal, resté absolument latent jusqu'à l'accident, présentait les caractères d'une lésion en voie de réparation : prolifération marquée du tissu conjonctif de la tunique séreuse, avec peu de prolifération conjonctive des autres tuniques. GEORGES THIBIERGE.

I. — Sur l'étiologie de la péritonite septique, par E. BUMM (*Münch. med. Woch.*, 15 *octobre* 1889).

II. — Two cases of healed tubercular peritonitis, one of them resulting in fatal obstruction of the intestine, par J. COATS (*Glasgow med. journ.*, *p.* 332, *novembre* 1889).

III. — Laparotomie pour péritonite tuberculeuse enkystée, par WYDER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 24, p. 759, 15 décembre* 1889).

IV. — Bauchschnitt bei tuberculöser Peritonitis (laparotomie), par LOEHLEIN (*Deutsche med. Woch., n° 32, p.* 643, 1889).

V. — Ueber eine durch Laparotomie geheilte tuberculöse Peritonitis, par KÜMMEL (*Deutsche med. Woch., n° 52, p.* 1076, 1889).

I. — 1° Péritonite aseptique (non infectieuse simple). Cette péritonite est causée par des agents irritants mécaniques, chimiques et thermiques. Elle reste ordinairement localisée. Elle détermine volontiers des exsudats et adhérences entre les feuillets séreux.

2° Péritonite septique α à *streptocoques*. Ordinairement secondaire à l'infection puerpérale, elle peut être due à l'ouverture de foyers purulents septiques dans le péritoine ou à une infection chirurgicale. Les staphilocoques pyogènes peuvent vraisemblablement déterminer une péritonite analogue; β-*putride* consécutive à la laparotomie et à la perforation des organes creux de l'abdomen, lorsqu'il y a pénétration continue des matières fécales dans le péritoine. S'il n'y a dans le péritoine qu'une légère quantité de matières fécales, il peut y avoir encapsulement.

3° Inflammation spécifique du péritoine ou tuberculose. Les gonocoques peuvent-ils provoquer une péritonite spécifique? C'est très douteux. Les micro-organismes n'ont de propriété pathogènes que sur les muqueuses et meurent dans les cavités séreuses. Le pus blennorragique pur, épanché de la trompe dans le péritoine, n'agit généralement que comme corps étranger et est encapsulé. Il en va autrement lorsque le pus primitivement blennorragique de la trompe renferme des micro-organismes pyogènes par suite d'une infection secondaire. P. TISSIER.

II. — 1° Jeune homme de 26 ans, traité dix ans auparavant pour une péritonite tuberculeuse qui guérit. Il rentre pour un abcès vertébral avec parésie des membres inférieurs. Il meurt cinq jours après. Le péritoine est oblitéré par des adhérences multiples fibreuses, unissant entre elles les anses intestinales et le foie et la rate au diaphragme. Ces adhérences sont semées de petites masses grisâtres du volume d'un pois; les plus volumineuses sont imprégnées de sels de chaux. Mais si la péritonite est guérie, le patient a succombé à une localisation vertébrale de la tuberculose.

2° Jeune homme de 20 ans entre avec tous les signes de l'obstruction intestinale. Vomissements fécaloïdes, douleurs abdominales, constipation. Il meurt le lendemain de l'entrée. Autopsie, la surface du péritoine et de l'intestin est parsemée de petites tumeurs crétacées, du volume d'un pois; il y a de nombreuses adhérences. L'une d'elles, sous forme d'une bande étroite de 18 pouces de long, réunit deux anses de l'intestin grêle. L'intestin est enroulé sur cette bande; la paroi infiltrée de sang est envahie par la gangrène. Il y a en plus de la péritonite récente. Le sommet du poumon gauche contient une masse crétacée ancienne. P. DUFLOCQ.

III. — Fille vierge de 22 ans. Depuis le milieu de décembre 1888, les règles cessent complètement; un mois plus tard, la malade remarque un développement progressif du ventre. Jamais de douleurs abdominales, mais amaigrissement, affaiblissement, oppression.

La circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, est de 93 centimètres. Tout l'abdomen est uniformément soulevé par une masse qui le remplit complètement, qui est nettement fluctuante, lisse à la surface mais impos-

sible à délimiter; cette masse qu'on peut suivre du bas jusqu'à la symphyse paraît émerger de la cavité pelvienne. Matité générale sauf au niveau des trois côlons. Le décubitus latéral ne modifie pas les limites de la matité. Auscultation négative. A l'exploration interne, on ne distingue pas les limites de l'utéru qui ne paraît pas relié à la tumeur. Dans les culs-de-sac vaginaux postérieurs et droit on sent des bosselures dures, non mobiles; poumons intacts. Le diagnostic hésite entre un kyste de l'ovaire et une péritonite enkystée avec épanchement. L'incision exploratrice fournit une grande quantité de liquide de couleur gélatineuse, légèrement visqueux, et provenant d'une cavité à parois lisses, fibrineuses de près de un centimètre d'épaisseur. Cette cavité a refoulé tous les intestins en arrière et en haut. On ne tarde pas à reconnaître que les parois de cette cavité sont formées par les deux feuillets du péritoine épaissis. Dans la portion pelvienne de la cavité à parois lisses proéminent plusieurs bosselures, de volume variable, complètement immobiles, placées surtout aux côtés de l'utérus qui n'est pas nettement appréciable au toucher. Wyder excise une partie des parois du sac et suture le restant à la plaie abdominale qu'il ne referme pas; la cavité est tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Dans le cours des mois suivants, la pression exercée par la masse intestinale a repoussé en avant les parois postérieure et supérieure du kyste; celui-ci s'est vascularisé et commence à bourgeonner; la cavité qui contenait presque deux litres a du même coup presque entièrement disparu. Il y a une quinzaine, il s'est produit, au milieu de la surface bourgeonnante formée par la masse intestinale, une fistule qui, fermée avec du catgut laisse encore sourdre à la pression un peu de matières intestinales.

Bien que depuis l'opération, l'état de la malade se soit beaucoup amélioré, elle a encore un peu de fièvre le soir à cause de la suppuration abondante. D'ailleurs, depuis des semaines, elle se lève. L'examen microscopique de la portion extirpée du sac révèle la présence des tubercules. J. R.

IV. — Löhlein a pratiqué six laparotomies dans la péritonite tuberculeuse de la femme; deux fois seulement les annexes de l'utérus pouvaient être considérées comme point de départ de l'infection tuberculeuse. Aucune des opérées n'a succombé immédiatement. Une seule a guéri; les cinq autres ont été améliorées, mais pour un temps très court.

Cependant l'auteur reste partisan de l'opération; elle peut permettre de découvrir le foyer tuberculeux initial et de l'extirper. L. GALLIARD.

V. — Femme de 20 ans ayant présenté, à la suite d'une couche, des signes de péritonite chronique avec ascite. En ouvrant le ventre on trouve un dépôt abondant de granulations tuberculeuses. Toilette soigneuse, puis suturé. Guérison rapide sans autre incident qu'un petit abcès fongueux de la paroi. L'opérée quitte l'hôpital après quatre semaines.

Elle est revue six mois plus tard; pas d'accidents nouveaux; pas d'ascite. On constate seulement de la pâleur de la face.

L'auteur pense qu'on ne doit pratiquer la laparotomie que dans les cas où on trouve de l'ascite; il a opéré un enfant d'un an sans ascite, et l'opéré a succombé. Dans un cas d'étranglement avec tuberculose péritonéale, sans ascite, la mort est survenue au bout de six mois. L. GALLIARD.

Essai sur de l'appendiculite et la péritonite appendiculaire, par MAURIN (*Thèse de Paris, n° 143, 1890*).

L'auteur réunit 126 observations dont il tire les conclusions suivantes qui forment le meilleur résumé de cette étude très complète.

On ne doit plus confondre sous une même dénomination ni dans une

même description la phlegmasie du cæcum et de son appendice. A côté de la typhlite et de la périty phlite, il y a l'appendicite et la péritonite appendiculaire. Le mot périty phlite doit se borner à désigner l'inflammation du tissu cellulaire sous-jacent au cæcum, résultant directement d'une lésion de cet organe. La typhlite ne produit en général qu'un phlegmon sous-péritonéal; la périty phlite, l'appendicite, au contraire, dans la majorité des cas, entraîne une suppuration intra-péritonéale, c'est-à-dire une péritonite localisée ou généralisée. Si les deux affections ont, en somme, une étiologie à peu près semblable, il est bon de retenir cependant que les corps étrangers, quelle qu'en soit la nature, sont la cause la plus fréquente de l'appendiculite, tandis qu'ils n'ont qu'une influence très restreinte dans la typhlite.

Il existe dans l'appendiculite trois formes cliniques principales : L'une, la plus fréquente, est dite *forme à péritonite généralisée ;* l'autre, moins commune, est la *forme à péritonite localisée ou enkystée.* Enfin la troisième, la plus rare peut être, appelée *forme à abcès périti phlytiques.* Ces variétés peuvent se combiner, faciles à reconnaître par exclusion des autres affections; pour les deux premières la distinction des formes sera facile, plus difficile entre les deux dernières.

Le pronostic est surtout grave dans les formes à péritonites.

Proscrire l'usage des purgatifs et s'en tenir à l'opium au début; puis, si la maladie progresse, il faut se préparer à une intervention chirurgicale, qui sera d'autant plus efficace qu'elle aura été plus précoce.

Dans les cas à abcès périty phlitiques, l'incision suffira. Dans les formes à péritonite, il sera nécessaire de pratiquer la laparotomie latérale ou médiane.

En général, on devra exciser l'appendice après ligature. Mais si son ablation paraît trop laborieuse, mieux vaudra le laisser en place. La ponction exploratrice doit être considérée comme inutile, inefficace et dangereuse.

Un index bibliographique très complet termine ce mémoire.

F. VERCHÈRE.

I. — Early (précoce) laparotomy for catarrhal and ulcerative appendicitis, par N. SENN (*Journal of Amer. med. Assoc., p.* 630, 2 *novembre* 1889).

II. — Laparotomie und Excision des Wurmfortsatzes mit Krankenvorstellung (Excision de l'appendice vermiforme), par SCHULLER (*Cent. f. Chir., p.* 69, 1889).

I. — Senn, au sujet de deux opérations d'ablation de l'appendice iléo-cæcal, suivies de succès, étudie les indications de la technique de l'opération, et conclut ainsi :

Tous les cas d'inflammation de l'appendice seront traités par la laparotomie et l'excision de l'organe, sitôt le diagnostic établi.

S'il n'y a point de complications, l'opération est la plus facile et la moins dangereuse de celles pratiquées sur le ventre.

L'excision de l'appendice avant sa perforation est une mesure à la fois curative et prophylactique.

L'incision sera droite, parallèle et directement au-dessus du cæcum. Le moignon, après l'excision de l'appendice, sera désinfecté, iodoformé et couvert de péritoine, en suturant la surface du cæcum au-dessus de lui

à l'aide de sutures de Lembert. Double rangée de sutures pour la paroi abdominale; le drainage n'est pas nécessaire et peut être supprimé.

MAUBRAC.

II. — Le 6 mars, après le repas, le malade est pris brusquement de vives douleurs abdominales avec vomissements et besoin de défécation. Les symptômes s'aggravent pendant la nuit. Le lendemain, laparotomie sur la ligne médiane. On trouve une péritonite au début ayant son point de départ au niveau de l'appendice vermiforme gangreneux et perforé. Ligature de l'appendice au ras du cæcum, résection, puis suture, nettoyage du péritoine. Le quatrième et le cinquième jour, selles spontanées, régularisées ensuite avec l'huile de ricin. Guérison.

PIERRE DELBET.

I. — Ueber Darmresectionen (Résections de l'intestin), par CZERNY.

II. — Discussion de la 62e réunion des naturalistes et médecins allemands (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 44, p.* 966, *4 novembre* 1889).

I. — Czerny a réséqué 22 fois l'intestin, dont 6 fois pour cancer du gros intestin (4 morts), 6 fois pour tuberculose, 4 fois pour invagination et 6 fois pour fistules.

En cas de fistule, il faut presque toujours faire la résection circulaire, sinon on a des rétrécissements. Une seule des 6 opérations pour fistule a été suivie de mort, à la suite d'une faute opératoire.

II. — Kœnig estime aussi que la résection de l'intestin est appelée de plus en plus à remplacer l'entérotomie.

D'après von Eiselsberg, Billroth a perdu 3 opérés par suite d'une inflexion de l'intestin, ce qui l'a obligé à modifier sa technique opératoire.

J. B.

Abdominal section for traumatism, with tables of 234 cases, par Th. MORTON (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 1, *4 janvier* 1890).

Travail basé sur 234 cas de laparotomie pour traumatisme. — Sans rejeter absolument les injections gazeuses, Morton s'en déclare peu partisan : la preuve de la pénétration péritonéale est la seule indication d'intervenir. Vider l'estomac sera une précaution utile, qui évitera les vomissements post-opératoires et le passage d'aliments dans l'intestin : la résection avec anastomose intestinale, d'après la méthode de Senn, sera préférable à l'excision de l'intestin.

Les 234 opérations ont donné 96 guérisons et 138 morts (59 0/0).

Elles comprennent 110 coups de feu, 79 plaies par instruments piquants ou tranchants, 27 ruptures de la vessie et 18 ruptures ou contusions des intestins.

Sur 110 blessés par coups de feu, nous notons 36 guéris et 74 morts (67 0/0). Quatre blessés, chez lesquels on ne découvrit point de plaies viscérales, ont guéri : 8 fois des plaies de l'intestin ont passé inaperçues et ont entraîné la mort. Les causes de mort sont : péritonite (31 cas), choc (14 cas), hémorragie primitive (14) et secondaire (4) Le foie a été atteint dans 15 cas et a causé 6 décès.

Cinq plaies de reins donnent une seule guérison.

Les plaies par instruments tranchants ou piquants sont au nombre de 79, avec 48 guérisons et 31 morts (39 0/0). Les causes principales de mort sont : péritonite, 7; plaies inaperçues, 5; choc, 2; hémorragie

primitive, 7; hémorragie secondaire, 1. Chez 18 blessés on n'a point trouvé de lésion viscérale : 2 sont morts, dont 1 empoisonné par de l'opium. Le foie a été atteint 9 fois.

Les laparotomies pour rupture de la vessie sont au nombre de 27, avec 10 guérisons et 17 morts. Pour établir le diagnostic, Morton recommande l'injection vésicale d'hydrogène qui déterminera du tympanisme si la rupture est intrapéritonéale, de l'emphysème si elle est extra-péritonéale. — Les 17 décès reconnaissent pour cause : 7 fois l'urémie par absorption d'urine ayant trop longtemps séjourné dans la cavité péritonéale, 2 fois le relâchement des sutures, 2 fois l'impossibilité de faire la suture, 4 fois péritonite post-opératoire, enfin 1 hémorragie par une plaie périnéale.

Le dernier tableau mentionne 18 laparotomies, dont 11 pour rupture de l'intestin, 3 pour contusion viscérale, 1 pour rupture de la vésicule biliaire, 1 pour rupture du foie et 2 pour rupture de la rate. La mortalité a été de 16 — soit 88,8 0/0, et la cause la plus ordinaire des décès a été la péritonite (10 cas). MAUBRAC.

Drainage in abdominal surgery, par C. BINGHAM PENROSE (*Journal of Amer. med. Assoc., p.* 264, 22 *février* 1890).

Voici comment Penrose classe les cas qui réclament le drainage :

1° Après une opération longue et ayant nécessité des manipulations nombreuses, par crainte d'une sécrétion excessive provenant du péritoine irrité;

2° Lorsqu'on laisse des surfaces cruentées ou saignantes, ou lorsqu'on redoute une hémorragie;

3° Les cas dans lesquels existe de la péritonite ou une ascite;

4° Lorsque des produits septiques se sont épanchés dans la cavité péritonéale, ou bien lorsqu'on a laissé des portions de tumeurs;

5° Enfin, lorsqu'il existe une affection maligne et qu'on redoute une infection secondaire.

D'autre part, il est possible d'éviter les accidents imputés au tube à drainage.

La formation d'adhérences péritonéales autour du tube, la persistance d'un tractus fibreux à la place du tube, pouvant gêner la vessie ou étrangler l'intestin, sont loin d'être constantes. Penrose a pu constater, chez deux malades drainées, l'absence de ces lésions.

Les suppurations prolongées et les fistules incurables qu'on a parfois observées sont dues soit à du tissu qu'on n'avait pas enlevé lors de la première opération, à une ligature septique, à la syphilis, à la tuberculose : le tube est ici cause négligeable.

La fistule fécale pourra être évitée en modifiant ou raccourcissant le tube.

Quant à la hernie ventrale, elle est rare, et, si elle se produit, aisément curable. MAUBRAC.

De la hernie étranglée chez les ascitiques et de l'ascite dans les kystes du paraovarium, par JEANNEL (*Revue de chir., n°* 1, *p.* 20, 1890).

Kyste paraovarique, ascite volumineuse; hernie ombilicale chez une fille de 26 ans.

Ponction de l'ascite, étranglement de la hernie, kélotomie; cure radicale; laparotomie exploratrice; extirpation du kyste parovarique et de l'ovaire; guérison.

Jeannel insiste sur la multiplicité des actes opératoires en une seule séance, et surtout sur la coïncidence de la hernie avec l'ascite; il n'a pu réunir que 8 observations d'étranglement herniaire chez les ascitiques.

Il y a eu 3 fois des accidents péritonéaux graves à la suite de la kélotomie, soit 37 0/0; l'existence de l'ascite implique donc une gravité exceptionnelle à la réduction de l'anse intestinale, même lorsque celle-ci paraît peu altérée; il faut profiter par conséquent de l'ouverture péritonéale pour évacuer l'ascite et même pour la guérir si on en découvre le point de départ.

Quant à l'ascite consécutive au développement de kystes paraovariques, elle est absolument exceptionnelle, puisque tous les traités de gynécologie et tous les mémoires sur la question n'en font pas mention. Jeannel pense que dans le cas observé par lui, le kyste paraovarien, petit et pédiculisé, très mobile, a provoqué l'ascite par le même mécanisme que les tumeurs fibreuses pédiculisées de l'utérus. C. WALTHER.

Is Senn's gas test infaillible? par H. DALTON (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 665, 9 *novembre* 1889).

Dans un cas, après avoir rendu très difficile la réduction des intestins dans l'abdomen, l'hydrogène injecté paraît avoir déterminé, par sa tension, la rupture d'une suture intestinale.

Chez un autre sujet dont l'estomac avait été perforé par une balle, au niveau du grand cul-de-sac, les matières alimentaires tassées à la partie inférieure de l'estomac avaient empêché le gaz injecté par l'anus de s'échapper par ces orifices.

Dalton accuse encore le procédé d'augmenter le choc en gênant la respiration, et de rendre dangereuse l'anesthésie. Pour lui, toute plaie pénétrante justifie la laparotomie : l'injection gazeuse ne sera employée que dans les cas douteux (coups de feu du dos, des parties inférieures et latérales de l'abdomen), alors qu'on ne peut déterminer si la cavité péritonéale a été ouverte. MAUBRAC.

I. — Nouvelles méthodes de traitement des anus contre nature, par CHAPUT (*Bulletin méd.*, 19 *février* 1890).

II. — Section extemporanée de l'éperon dans la cure de l'anus contre nature, par L.-G. RICHELOT (*Bullet. de la Soc. de chir.*, *XV*, *n°* 5, *p.* 399).

III. — Fistule stercorale compliquée. Résection de l'intestin. Nouveau procédé d'entérorraphie circulaire. Guérison, par CHAPUT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 *février* 1890).

I. — 1° Les anus établis chirurgicalement doivent être traités par la section de l'éperon (entérotome, pince ou procédé de Richelot) et par l'oblitération de l'orifice par la méthode de l'abrasion.

2° Les anus établis spontanément ne sont justiciables que de l'entérectomie suivie de la suture circulaire avec abrasion. Si le bout inférieur est atrophié sans qu'on puisse y remédier par des précautions prélimi-

naires, on fera l'entérorraphie longitudinale ou l'adduction des deux bouts à la peau s'il s'agit de l'intestin.

Quant aux anus du côlon transverse à l'ombilic, on pourra toujours éviter l'atrophie du bout inférieur grâce aux lavements. Si les bouts peuvent être mis en contact, on exécutera la suture circulaire par abrasion, sinon on les oblitérera et on fera dans la même séance l'entérocolostomie iliaque.

3° Les anus compliqués de rétrécissement à distance du bout inférieur indiquent l'entérocolostomie iliaque si le rétrécissement est inopérable.

4° Il faut opérer le plus tôt possible les anus contre nature ; il n'y a que des inconvénients à attendre. Les lavements et injections dans le bout inférieur sont indispensables pour en éviter l'atrophie. A. C.

II. — Richelot a pratiqué la section extemporanée de l'éperon en plaçant deux pinces hémostatiques à mors un peu longs, convergeant vers l'abdomen. Résection avec les ciseaux du triangle d'éperon ainsi limité. Série de fils de soie rapprochés sur toute la ligne de section en rasant les pinces. Le cours des matières se rétablit après cette intervention ; 20 jours après, oblitération de l'orifice de l'anus par 3 plans de sutures. Guérison avec une petite fistulette imputable à l'agitation et à l'indocilité du malade qui se leva et arracha son pansement dès le second jour. C. WALTHER.

III. — Jeune femme, opérée en 1884 d'une hernie crurale étranglée par la kélotomie, sans réduction de l'intestin adhérent : fistule consécutive, qui s'oblitère au bout de cinq mois. En 1889, inflammation de la hernie, suivie d'un abcès et d'une nouvelle fistule, qui, au mois de décembre, était large, ovalaire, mesurant trois centimètres sur deux centimètres et demi. L'opération suivante est pratiquée : une longue incision verticale, partagée en son milieu par la fistule, met à découvert l'intestin adhérent, qui est facilement libéré. La fistule est réséquée, et, le bout inférieur de l'intestin étant reconnu rétréci par un anneau rigide, on fait la résection de l'anse avec ligature du mésentère, puis on exécute la suture circulaire de la façon suivante : avec la curette tranchante, la muqueuse est abrasée sur une hauteur de 1 centimètre et sur toute la circonférence des deux bouts de l'intestin. Les surfaces internes avivées sont mises en contact par une série de points de suture. Cette première ligne de suture, qui donne lieu à une crête saillante, est alors largement cautérisée à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 10 0/0, afin de faciliter les adhérences péritonéales. Ensuite on fait une suture de Lembert, passant de chaque côté à 1 centimètre de la première ligne de suture, qui disparaît au fond d'un sillon, lorsque les fils sont serrés. L'aspect de la suture sur une coupe verticale est assez semblable à la figure qu'on obtiendrait en plaçant deux S en regard, et en les suturant par leurs parties contiguës. Tous les fils sont coupés au ras, sauf un dont on passe les deux chefs à travers les lèvres cutanées et que l'on noue ensemble lâchement. Pas de réunion de la plaie cutanée. Guérison sans accident. OZENNE.

Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin sur les plaies par empalement (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 52, *p.* 1133, 30 *décembre* 1889).

1° R. Kœhler rapporte le fait suivant : Une jeune fille tombe d'une échelle placée au-dessus d'une lampe allumée ; son périnée porte sur le verre de la lampe. Un médecin suture la petite plaie périnéale, mais il survient de l'hématurie et une fièvre intense. Quand Kœhler vit la malade, le 9e jour après sa chute, elle offrait déjà des signes d'infection septique. La plus grande partie du verre se trouvait dans la vessie ; quelques-uns des fragments

extraits avaient 5 centimètres de long sur 2 et demi de large. La blessée succomba.

2° Rose forme un groupe à part, parmi les plaies par instruments piquants, de celles qui s'accompagnent d'une forte contusion, comme celles dues au gros trocart à paracentèse, à la baïonnette, ou enfin à un empalement. Quant aux plaies par empalement, il les subdivise en trois catégories : 1° les plaies prépéritonéales, 2° les plaies avec lésions intestinales, 3° les plaies rétropéritonéales.

A la suite de chutes sur des rames de haricots, Rose a vu plusieurs fois des plaies prépéritonéales ; c'est généralement l'aine et la fosse iliaque gauches qui ont été fouillées par la perche qui, en se rompant, a laissé dans la plaie un fragment long de plusieurs pouces.

La deuxième catégorie de plaies est à la fois plus commune et plus dangereuse. Il n'est pas rare qu'après avoir reconnu pendant la vie la perforation du rectum, du vagin, de l'urètre, de la vessie, on ne constate qu'à l'autopsie les lésions les plus graves consistant en des perforations multiples de l'intestin. Quant aux plaies rétropéritonéales, même sans lésion des viscères abdominaux, elles peuvent avoir des suites mortelles. Un jeune garçon était tombé violemment en arrière, le siège portant sur une lime arrondie et effilée qui était implantée verticalement dans le sol. L'instrument avait pénétré en arrière de l'anus, décollant la paroi postérieure du rectum. Il était impossible d'atteindre l'extrémité supérieure de la plaie. Le blessé succomba à une hémorragie de l'aorte lésée par la pointe de l'outil.

Un homme avait eu le périnée et les deux parois du rectum transpercés par une rame à haricots dont l'extrémité rompue, longue d'un pied, avait séjourné assez longtemps dans la plaie. Il fut pris de tétanos. L'incision d'un abcès développé à la partie postérieure du bassin fit reconnaître une perforation de l'os qui fut utilisée pour établir un drainage. Le tétanos cessa immédiatement après l'opération et le blessé guérit.

Chez les femmes où les plaies par empalement, comme du reste toutes les blessures graves, sont plus rares, Rose en a observé les exemples suivants : *a*) une fistule recto-vaginale occasionnée par la chute sur le pied d'une chaise qui avait culbuté sous la malade ; *b*) une fistule vésico-vaginale par chute en arrière, dans la position accroupie, sur une pierre tranchante.

3° Bardeleben a soigné un homme tombé d'un grenier à fourrage sur l'extrémité pointue d'une cheville de fer. L'instrument, qui avait pénétré dans l'aine droite en dehors des gros vaisseaux, était venu faire saillie, après avoir traversé l'abdomen, en arrière, au-dessous du rein droit. Le blessé était resté un certain temps suspendu avant qu'on eût pu le dégager. A partir du troisième jour, les plaies d'entrée et de sortie donnèrent issue, durant plusieurs semaines, à des matières intestinales, sans aucun symptôme de péritonite. C'était, évidemment, la paroi postérieure du côlon ascendant qui avait été lésée. Guérison en six semaines. Plus tard, cet homme a eu une hernie ventrale, sort auquel cette catégorie de blessés échappe difficilement, tôt ou tard.

4° Kuester relate le fait suivant : dans une chute à la renverse sur un bâton, un jeune garçon avait eu le rectum perforé. La plaie rectale avait d'abord saigné, puis suppuré. Ensuite l'enfant avait eu des troubles de la miction et une fistule urinaire. Lorsqu'au bout de cinq ou six semaines

Kuester le vit, il trouva à la paroi antérieure du rectum une fistule qui communiquait avec celle de la portion membraneuse de l'urètre. L'incision de cette dernière révéla l'existence d'un trajet qui, passant sur l'aine droite, se prolongeait, du même côté du ventre, jusque presque à la hauteur du nombril. L'ayant incisé, Kuester trouva un fragment de bois dans le tissu prépéritonéal. Guérison en quelques semaines. J. B.

Kyste dermoïde dentifère du maxillaire inférieur. Pathogénie, par TAPIE (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1er *février* 1890).

L..., 18 ans, atteint d'une volumineuse tumeur du maxillaire inférieur gauche, datant de 5 ans et s'étant accrue graduellement. Actuellement du volume du poing, cette tumeur est dure et recouverte d'une coque osseuse à surface mamelonnée, que l'on perçoit également par l'exploration intra-buccale : elle s'est donc développée dans l'épaisseur du maxillaire, dont elle a refoulé les deux tables en dehors et en dedans. A l'extérieur, fistule qui donnait passage à une matière épaisse, jaunâtre, et au fond de laquelle le stylet perçoit une masse dure indéterminée; dans le voisinage de la dernière molaire, fistule interne, sans communication avec la première. Dents belles et en parfait état; absence de la dent de sagesse du côté malade. Incision et ablation de la poche kystique, qui était remplie de matière sébacée, fétide, d'une coloration brunâtre, et qui contenait, au milieu de ce magma, une petite masse dure, ossiforme.

L'examen histologique a fourni les renseignements suivants : dans l'épaisseur des parois de ce kyste, ou faisant saillie légèrement en dedans, se trouvaient une couronne de molaire et un nombre immense de dents ayant le volume de la moitié d'un grain de blé et en offrant la forme conique. Les parois étaient constituées par un épais feutrage de tissu conjonctivo-élastique, par du tissu embryonnaire et par une couche de cellules épithéliales allongées, sans papilles ni traces de glandes ou de poils.

Le contenu du kyste était formé par de la matière sébacée, homogène, assez fluide, ayant subi la dégénérescence graisseuse.

Quant à la masse calcaire centrale trouvée au milieu de cette matière sébacée, elle avait l'apparence d'un calcul mural qui était formé par des dents surnuméraires, mais complètes. La numération approximative de ces dents a donné à l'auteur le chiffre de 4700 environ, et si l'on pouvait joindre à ce total le nombre des dents incluses dans la paroi, on obtiendrait un chiffre étonnant. Au point de vue pathogénique, Tapie considère ce kyste comme un kyste dermoïde, congénital et dentifère. OZENNE.

Sur le lymphadénome en général et en particulier dans la mamelle, par Michel PSALIDAS (*Thèse de Paris*, n° 76, 1890).

La structure du lymphadénome vrai, bénin ou malin, développé dans les ganglions, à son début, ressemble tellement à celle de l'adénite chronique simple qu'il est extrêmement difficile de faire un diagnostic différentiel, même après un examen histologique.

Le lymphadénome peut se rencontrer même là où il n'existe pas normalement de tissu lymphatique. Alors son réticulum se forme par le développement intra-fasciculaire conjonctif de deux sortes de cellules : globules lymphatiques épanchés autour des vaisseaux et cellules conjonctives de la région.

Ces éléments amènent l'épanchement d'un protoplasma plus ou moins abondant, au milieu duquel leurs noyaux se divisent et se séparent, entraînant avec eux de petites masses protoplasmiques effilées, lesquelles

en se ramifiant s'anastomosent avec les prolongements du voisinage. Les noyaux restent aux intersections de ramification.

Quant aux éléments cellulaires caractéristiques du lymphadénome, ils doivent leur existence aux globules lymphatiques non employés et à ceux qui, plus tardivement, s'accumulent dans ce tissu de nouvelle formation.

Mais comme cette néoplasie a été observée primitivement non seulement dans les ganglions, mais assez souvent dans d'autres organes, il s'ensuit qu'elle pourra prendre une certaine place à côté de carcinomes et donner lieu à des chapitres consacrés spécialement à chaque organe.

Au point de vue clinique, les tumeurs lymphadéniques doivent être considérées comme des manifestations locales d'une diathèse générale et indépendante : la lymphadénie, les tumeurs sont le plus souvent le premier pas vers une généralisation intérieure, qui est presque la règle, survenant insidieusement.

La leucocythémie n'offre aucun rapport obligé avec la lymphadénie, et on doit la considérer comme une complication possible augmentant le mal, mais non indispensable.

L'étiologie de cette affection est encore mal déterminée; mais, comme causes occasionnelles, on est disposé à croire au traumatisme et à la grossesse. La maladie frappe de préférence les adultes et le sexe masculin.

La formation est en général grave, surtout quand la maladie se généralise ou se complique avec la leucocythémie.

Quant au traitement, on doit bien séparer les deux phases de la maladie : lymphadénome local avec ou sans complication de leucocythémie et lymphadénome généralisé avec cachexie.

Le traitement chirurgical n'est applicable que dans le premier cas et au début même de la maladie, avant qu'aucun signe ne montre la moindre cachexie leucémique.

L'intervention chirurgicale est contre indiquée dans le cas où le lymphadénome est accompagné de leucocythémie, où il est généralisé. Le meilleur traitement médical paraît être les toniques, les ferrugineux et surtout l'arsenic à hautes doses progressives et en injections parenchymateuses. F. VERCHÈRE.

Zwei Fälle von Actinomycose, par ALBERT (*Soc. des méd. de Vienne*, 27 *novembre* 1889).

L'actinomycose est une affection fréquente. L'auteur en a observé huit cas depuis le commencement de l'année. Il faut rapporter à l'actinomycose des fistules d'origine dentaire, indolentes, fournissant beaucoup de pus; certains phlegmons du cou à marche lente, présentant des points fluctuants et donnant à la peau une coloration violette; beaucoup d'abcès qui s'ouvrent à l'ombilic et qu'on considérait jadis comme des abcès froids provenant de la symphyse pubienne.

Dans la première des deux observations, il s'agissait d'une tumeur dure, indolente de la mâchoire inférieure, prise pour un néoplasme. Albert ayant diagnostiqué l'actinomycose fit une incision, un grattage et un pansement au sublimé. L'opéré paraît devoir guérir prochainement.

Le second sujet est un jeune garçon qui semblait d'abord atteint de périostite de la mâchoire inférieure. Formation d'une tumeur à trois lobes au-dessous de l'oreille droite. Le diagnostic d'actinomycose fait par Albert se confirme histologiquement. L. GALLIARD.

A case of adenitis calculosa, par KLOMAN (*New York med. journ.*, *p.* 543 16 *novembre* 1889).

Garçon de 13 ans ayant, à la suite de la scarlatine, une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires gauches qui sont gros comme un œuf de poule; on lui prescrit de l'iode intus et extra et de l'huile de foie de morue. Au bout de quelques semaines, la tuméfaction ayant un peu diminué, l'auteur fait des injections iodées dans les ganglions, puis des injections de bromure d'arsenic.

Au bout de dix jours suppuration; ponction, injection d'iodoforme en suspension dans l'huile. Le troisième jour, on voit sortir avec le pus des grains calcaires au nombre de 30 ou 40, solubles dans l'acide chlorhydrique; quelques-uns bouchent l'orifice qu'on est obligé d'agrandir légèrement. On ne découvre pas de bacilles dans le pus.

Guérison après trois semaines d'injections iodoformées. L. GALLIARD.

1000 cas d'excisions d'adénopathies chroniques, par MILTON (*St-Thomas's Hosp. Reports*, *p.* 211, 1890).

L'auteur défend l'excision préférablement à tout autre traitement comme plus rapide, d'une exécution presque toujours facile et enfin comme laissant une cicatrice non disgracieuse.

Les cas les plus nombreux avaient trait à des adénopathies de la chaine carotidienne; dans nombre de cas, il s'agissait des ganglions sous maxillaires; enfin 10 0/0 étaient des adénopathies axillaires, et seulement 5 sur le nombre total siégeaient dans le triangle de Scarpa. F. VERCHÈRE.

I. — Fractures expérimentales de l'épicondyle étudiées chez l'enfant et chez l'adulte et suivies de quelques observations nouvelles, par Gab. AUSTRIC (*Thèse de Paris*, *n*° 13, 1889).

II. — Fracture par coup de feu de l'extrémité supérieure de l'humérus. Désarticulation. Guérison, par MAUBRAC (*Gaz. méd. de Paris*, 19 *avril* 1890).

III. — Des troubles nerveux consécutifs aux fractures de la clavicule par cause indirecte, par CHAVIÈRE (*Gaz. méd. de Paris*, 24 *août* 1889).

IV. — Querbruch der Condyl. extern. femoris (Fracture transversale du condyle externe du fémur), par G. REHN (*Cent. f. Chir.*, *n*° 29, *p.* 96, 1889).

V. — De la consolidation des fractures chez les paludiques, par JONNESCO (*Le Mercredi méd.*, 22 *janvier* 1890).

VI. — Hypertrophischer Callus durch den galvanischen Strom beseitigt (Cal exubérant détruit par le courant galvanique), par Moritz MEYER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n*° 48, *p.* 1050, 2 *décembre* 1889).

I. — Voici les conclusions tirées des expériences de l'auteur :

La fracture expérimentale de l'épicondyle de cause directe a pu être produite chez l'enfant et chez l'adulte; dans les deux cas, elle est isolée ou combinée.

Chez l'adulte, elle est isolée lorsque la fracture intéresse le sommet ou le bord supérieur de l'épicondyle jusqu'à l'insertion supérieure du deuxième radial.

Elle est combinée lorsque le fragment est formé aux dépens non seulement de l'épicondyle, mais aussi du bord externe, de la face antérieure ou du condyle de l'humérus. Mais toujours le fragment est surtout et

presque exclusivement épicondylien. Les petits projectiles de guerre produisent des fractures combinées.

L'arrachement de l'épicondyle semble impossible chez l'adulte. Cet arrachement ne peut être produit que par la traction passive du ligament latéral externe et par les forces vives de la contraction musculaire.

Tout d'abord cette traction ligamenteuse n'est pas mise en jeu dans les deux attitudes de chute (chute sur la paume de la main ou sur le coude) déterminant la luxation du coude en arrière. De plus, l'auteur fait appel à l'action du ligament externe en forçant la flexion latérale interne, et jamais il n'est arrivé à arracher l'épicondyle; souvent il a obtenu une fracture étendue du condyle.

Ces faits peuvent s'expliquer par les insertions du ligament sur l'épicondyle postcondylien.

La situation de quelques insertions musculaires sur le postcondyle, jointe à la dissémination de ces mêmes insertions, nous explique aussi le peu d'efficacité de la contraction musculaire sur cette saillie.

Chez les enfants, la structure particulière de l'épicondyle se prête à la formation de variétés anatomiques de cette fracture plus nombreuses que celle de l'adulte.

La fracture est isolée lorsqu'elle intéresse le sommet osseux ou cartilagineux, ou la diaphyse humérale épicondylienne.

Elle est combinée lorsque le fragment est formé aux dépens du condyle et de la diaphyse humérale. L'arrachement de l'épicondyle n'a pas pu être produit par Berthomier. F. VERCHÈRE.

II. — Il s'agit, dans ce cas, d'un artilleur qui, s'étant tiré un coup de feu dans la région thoracique gauche, s'est fracturé la tête humérale avec esquilles nombreuses. La balle a pénétré au niveau du troisième espace intercostal, à 2 centimètres en dedans du mamelon, a contourné le thorax et est venue sortir en arrière de l'épaule, au niveau et en dedans de l'angle supéro-externe de l'omoplate. Après l'accident, emphysème de la région thoracique, hémorragie abondante, différents troubles de la sensibilité dans l'avant-bras et la main, crépitation osseuse au niveau de la tête humérale. Les jours suivants, suppuration abondante et affaiblissement progressif. Désarticulation de l'épaule par le procédé de l'épaulette et petit lambeau axillaire avec le thermocautère. Cicatrisation assez rapide avec persistance d'une fistulette deux mois après l'opération. L'extrémité supérieure de l'humérus était seule le siège d'une fracture comminutive. OZENNE.

III. — Dans les fractures de la clavicule on peut observer des troubles nerveux, soit rapidement à la suite de l'irritation du plexus brachial par des esquilles osseuses ou par un cal volumineux, soit tardivement par inflammation d'un filet nerveux périphérique. L'observation suivante, dans laquelle il y aurait eu primitivement contusion du circonflexe et secondairement inflammation de ce nerf, en serait un exemple.

Il s'agit, dans ce cas, d'un homme de 22 ans, qui tombe de cheval sur le côté externe du moignon de l'épaule et se fait une fracture de la clavicule gauche à l'union du tiers externe et des deux tiers internes. Outre les signes ordinaires de la fracture, on provoque par la pression une vive douleur au niveau du bord postérieur du deltoïde et au-dessous de l'acromion, là où le nerf circonflexe se distribue à la peau; le blessé se plaint aussi de ressentir des douleurs spontanées dans la région scapulo-humérale. Pendant quelques jours ces souffrances se calment; mais à partir du septième jour après l'accident, elles reparaissent plus violentes autour du moignon de l'épaule avec

irradiation le long de la face externe du bras et propagation le long du cou. Plus vives la nuit que le jour, elles persistent pendant une semaine et s'atténuent ensuite pour disparaître complètement. L'examen de l'articulation ne révèle aucune inflammation. Mais la pression sur le circonflexe réveille la douleur, comme à la première exploration. A la levée de l'écharpe de Mayor, placée le jour de la fracture et enlevée vingt-huit jours après, on constate une atrophie considérable des muscles de l'épaule et du bras, et une grande diminution de la puissance musculaire de tout le membre; la sensibilité au tact est conservée partout; quant à la sensibilité à la douleur et à la température, elle est augmentée sur le moignon de l'épaule, aux doigts et à la face palmaire. Mais elle est abolie sur tout le trajet du nerf radial. OZENNE.

IV. — Les fractures à trait antéro-postérieur du condyle externe ne sont pas rares. Rehn présente une pièce toute différente. La partie postérieure du condyle est séparée du reste de l'os par une fracture transversale. Ce fragment est déplacé en arrière et en haut. Cette fracture n'aurait pas encore été décrite. Le ligament croisé antérieur s'insère dans le fragment. Le mécanisme n'est pas connu, ou bien il s'agit d'une fracture par arrachement (traction par le ligament croisé), ou bien une fracture par éclatement (pression du tibia).

Braun croit que les fractures de ce genre ne sont pas très rares; seulement on ne les diagnostique pas. Il a vu une fracture du même genre portant sur le condyle interne, et il croit à un arrachement par le ligament croisé. PIERRE DELBET.

V. — Jonnesco publie trois observations de fracture de jambe survenues chez trois jeunes gens qui, antérieurement, avaient eu des fièvres intermittentes. Bien que la réduction ait été immédiate et parfaite et la contention rigoureuse, la consolidation fut retardée et les malades accusèrent chaque jour des douleurs qui ne disparurent que par l'administration de l'arsenic et du sulfate de quinine. Quant à la mobilité des fragments, elle persista pendant deux mois chez l'un de ces malades et pendant trois et dix mois chez les deux autres, sans qu'il fût possible d'incriminer quelque autre cause. OZENNE.

VI. — Homme âgé de 32 ans, s'étant fracturé la deuxième phalange de l'index droit. Production d'un cal de la grosseur d'un haricot qui rendait tout travail impossible, parce que les deux dernières phalanges du doigt étaient immobilisées dans l'extension à angle droit sur la première phalange; en outre les dernières phalanges des autres doigts ne pouvaient plus être fléchies, et il y avait des troubles de la sensibilité. Cinq mois après l'accident, Meyer introduisit deux aiguilles sur les deux plus grosses saillies du cal; celles-ci diminuèrent immédiatement et l'index récupéra quelques mouvements.

Mais cette acupuncture ayant déterminé des lésions cutanées, Meyer modifie son procédé d'électrothérapie. Il appliqua à la face interne du bras droit deux électrodes en plomb, l'une de 24 centimètres de longueur et l'autre de 12 centimètres, représentant le pôle positif, tandis qu'il enveloppait l'index avec deux électrodes semblables, l'une longue de 12 centimètres, l'autre de 5 centimètres, représentant le pôle négatif. Après seize séances de 10 à 15 minutes, toutes les articulations ont retrouvé leur mobilité. (*R. S. M.*, XXIX, 271.) J. B.

The treatment of compound fractures (Fractures compliquées), par Fr. S. DENNIS (*Medical News, p.* 416, 19 *avril* 1890).

Le pronostic de toute fracture ouverte est influencé considérablement par le premier pansement lorsqu'il est aseptique. C'est d'après 1000 cas de sa pratique que Dennis, après avoir exposé le traitement de ces fractures, étudie quelques faits en relation avec elles.

Pour l'hémorragie méningée, il rejette la ligature de la carotide et rapporte que sur un malade chez lequel, malgré une large brèche pratiquée au crâne, on ne pouvait saisir la méningée, il souleva l'artère avec un tenaculum et put ainsi la lier. — Trois fois il a observé des caillots existant entre la dure-mère et le crâne, du côté opposé au traumatisme, et paraissant produits par contre-coup. Dans un cas, la trépanation permit de retirer un caillot épiduremérien d'un côté du crâne, et, le malade mort, le 14e jour, on découvrit un second caillot semblablement situé du côté opposé, qui n'avait reçu aucun choc. — Dennis conseille la trépanation toutes les fois qu'on soupçonnera une hémorragie intracrânienne, et récemment il a enlevé un caillot siégeant dans le ventricule droit.

Les fractures de la base du crâne sont justiciables du traitement antiseptique, au même titre que les autres fractures ; l'asepsie des fosses nasales, du conduit auditif externe, de l'oreille moyenne, dont on ponctionnera la membrane du tympan ; s'il y a épanchement, le tamponnement avec de la gaze iodoformée ou du coton filtrant l'air éloignera les méningites, abcès, pyémie, phlébite et autres infections qui sont les causes les plus fréquentes de mort ; les cas de mort indépendants du choc ou de la sepsie sont très rares : Dennis a vu 6 blessés guéris grâce à ces précautions.

Au sujet des embolies graisseuses, qui, par leurs accidents, peuvent simuler le choc, on peut, d'une façon générale, admettre la progression suivante : le choc existe trois heures après la fracture, l'embolie graisseuse trois jours après, l'embolie pulmonaire trois semaines après.

A signaler le développement de tumeurs malignes consécutif à des fractures du crâne, accident que Dennis aurait noté plusieurs fois.

Pour combattre le spasme musculaire, lorsque la réduction ou la contention sont difficiles, on pourra pratiquer la ténotomie du tendon d'Achille, des tendons du bras ou de l'avant-bras, du sterno-mastoïdien pour les fractures de la clavicule.

Parfois, la fracture simple devient compliquée par suite de nécrose d'un fragment osseux qui s'élimine. Dennis rapporte le fait suivant : dans une fracture du péroné, à trois pouces au-dessus de la malléole, avec déchirure du ligament deltoïdien, le fragment inférieur se nécrosa, entraînant une arthrite suppurée tibio-tarsienne.

Pour les fractures compliquées qui atteignent les grandes articulations l'irrigation aseptique, le drainage sont urgents. Chez 161 malades ainsi traités, l'articulation a été dans presque tous les cas conservée parfaite.

En éliminant les cas de mort par choc (82 dans les 48 premières heures), ceux dans lesquels l'amputation immédiate a dû être pratiquée (60 observations), 4 cas dans lesquels le résultat est inconnu, 15 cas de fractures ouvertes des doigts ou orteils considérés comme insignifiants, 18 faits mentionnés en détail, et dans lesquels la mort est survenue du fait d'autres lésions, il reste 681 cas de fracture compliquée avec un seul décès par sepsie. MAUBRAC.

Ueber die Behandlung... (Traitement des sarcomes myélogènes encapsulés), par KRAUSE (*Cent. f. Chir.*, *n*° 29, *p.* 33, 1889).

A la clinique de Volkmann, dans trois cas de tumeurs de ce genre, qui occupaient la mâchoire inférieure, on se contenta de faire sauter la

paroi externe de la capsule osseuse et de ruginer la tumeur. On fit de même pour une quatrième tumeur qui occupait la mâchoire supérieure. Les quatre cas ont guéri, bien que dans l'un d'eux six récidives aient nécessité des grattages et des cautérisations successives. Une opération semblable fut faite il y a trois ans pour un sarcome de la tête du tibia, et bien qu'on ait dû enlever une partie des cartilages articulaires, la guérison persiste.

Dans la discussion, Bramann, von Esmarch déclarent avoir fait avec succès des opérations du même genre. PIERRE DELBET.

De la greffe osseuse chez l'homme, par L. OLLIER (*Arch. de physiologie, nos 1-2, p.* 166, 1889).

M. Ollier cherche à déterminer la voie dans laquelle il faut s'engager pour tirer un parti réellement utile de la greffe osseuse en chirurgie. Il distingue trois catégories de greffes :

1° Les greffes *autoplastiques*, empruntées au sujet lui-même;

2° Les greffes *homoplastiques*, empruntées à un sujet de la même espèce;

2° Les greffes *hétéroplastiques*, empruntées à un sujet d'espèce différente. Ces dernières sont elles-mêmes voisines ou éloignées, selon que le sujet qui les fournit appartient à une espèce voisine ou éloignée.

Depuis longtemps, on a essayé de réimplanter les pièces osseuses enlevées par le trépan. Mais cette réimplantation expose le malade aux accidents de la méningo-encéphalite, sans lui assurer un avantage bien réel, la conservation du péricrâne permettant, chez les sujets jeunes, la régénération d'un nouveau disque osseux, et, chez les adultes, la reconstitution d'une membrane fibreuse bien suffisamment résistante pour protéger efficacement les organes sous-jacents; tandis que, si la greffe échoue, on s'expose à tout perdre, et l'os et la membrane qui eût suffi à le reproduire.

C'est surtout dans les cas de pseudarthrose, ou de grandes pertes de substance par traumatisme ou nécrose, que la greffe pourra rendre des services. Mais l'auteur n'a réussi à faire reprendre des portions d'os que par la greffe autoplastique ou homosplastique. Or il est difficile de se procurer les transplants, ou la matière à greffer. Pour bien des raisons, il est préférable de l'emprunter au sujet lui-même, par exemple sur la crête du tibia. La plaie osseuse ainsi créée se répare immédiatement, sans suppuration et sans que la résistance de l'os entamé soit compromise. Bien plus, l'os subit une hyperplasie réactive, qui augmente son épaisseur.

Quant aux greffes hétéroplastiques, elles réussissent dans certains cas, mais paraissent agir seulement par leur présence, c'est-à-dire par l'irritation, provoquée sur les tissus conjonctifs voisins. En effet, les petits fragments osseux transplantés sont incapables de s'accroître par eux-mêmes, et une observation attentive montre que la plus grande partie, sinon la totalité, du transplant osseux ne tarde pas à se nécroser. Mais le périoste continue à vivre et à être fécond, c'est-à-dire qu'il contribue à épaissir notablement les masses osseuses nouvelles. Il faut donc s'attacher à conserver l'adhérence du périoste avec l'os sur toute l'étendue de la surface du transplant. G. LION.

I. — Traitement d'une fracture non consolidée du radius par greffe d'os animal par GILL (*The Lancet, p.* 848, 26 *octobre* 1889).

II. — Das Ueberdachen von Haut-und Knochendefecten, sowie von weitoffenen Gelenken (Du comblement des pertes de substances cutanées, osseuses, ainsi que de celles provenant d'articulations largement ouvertes), par Julius WOLFF (*Berlin. klin. Woch., n°* 6, *p.* 117, 10 *février* 1890).

I. — Le traitement des fractures non consolidées de l'un des os de l'avant-bras réussit rarement quand on emploie le procédé ordinaire de la résection. La portion d'os qu'il faut sacrifier sur chaque fragment laisse un espace vide d'autant plus difficile à combler que l'os intact ne permet aucun rapprochement. Gill, chez un malade de 20 ans, offrant une fracture du radius siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur et non consolidée après plus de onze mois, combla ce vide au moyen de fragments d'os pris sur le fémur d'un jeune lapin. L'espace entre les fragments réséqués était d'environ trois quarts de pouce; Gill le remplit au moyen de quatorze petits fragments osseux. Un mois après l'os était consolidé, et le malade, revu quatre mois plus tard, se servait parfaitement de son bras. A.-F. PLICQUE.

II. — Wolff est d'avis que pour combler les vastes pertes de substance on n'a pas assez recours à l'autoplastie par glissement, après décollement des téguments voisins sur une assez grande distance. Pour décoller la peau des parties molles sous-jacentes, il emploie le plus possible le doigt ou un instrument mousse. Après avoir attiré les téguments détachés jusqu'au-dessus de la solution de continuité, il les y fixe par une double suture continue : l'une à points écartés, placée à 5 centimètres des bords; l'autre à points serrés, au niveau des bords juxtaposés. Il interpose des petits morceaux de gaze iodoformée au-dessous de la première de ces sutures. Le 3e ou 4e jour il renouvelle le pansement : la réunion a toujours lieu par première intention. Voici les faits qu'il cite à l'appui :

Homme de 20 ans ayant, à la suite d'une ostéomyélite, une perte de substance du tibia dans laquelle on peut loger une noix, un ulcère cutané de 6 centimètres de large sur 8 de long et un eczéma consécutif de toute la jambe. Guérison parfaite en 33 jours.

2 cas d'atrhrectomie du genou chez des garçons de 8 et de 4 ans, avec non-réunion de la plaie opératoire. Guérison en 29 jours et 3 semaines et demie.

Moignon d'amputation fémorale non cicatrisé avec saillie de l'os ; guérison en 10 jours.

2 cas de syndactylie. Guérison en 3 semaines et 3 semaines et demie, etc.

L'autoplastie par glissement a sur les greffes l'avantage de donner immédiatement une peau solide et résistante, et sur les lambeaux pédiculés, celui de ne pas nécessiter une immobilisation gênante du membre et de ne pas créer de nouvelles plaies.

Mais Wolff reconnaît que son procédé a également ses limites d'application. Dans 20 opérations de syndactylie, il a occasionné de la constriction des doigts. Les bons effets n'en sont pas très marqués quand il s'agit de vastes ulcères variqueux ou de plaies consécutives à l'ablation des ganglions inguinaux. J. B.

Luxation traumatique de la colonne cervicale; réduction; guérison, par Al. ACHESON (*Americ. Journ. of the med. sc., p.* 267, *mars* 1890).

X..., âgé de 55 ans, conducteur de chemin de fer, dans une rencontre,

fut précipité la tête la première qui, prise entre deux obstacles, se trouva immobilisée pendant que le corps était entraîné et roulé en un tour complet.

Quand on le releva, il était paralysé des deux membres supérieurs et persuadé qu'ils étaient coupés jusqu'au moment où on lui démontra le contraire en les lui montrant. — L'accident, arrivé à cinq heures de l'après-midi, on le laissa ainsi jusqu'au lendemain.

Alors, dix-neuf heures après l'accident, on constata des contusions multiples et graves, mais le malade se plaint surtout de la lésion cervicale; douleur s'étendant du cou à l'omoplate avec sensation de compression thoracique. La partie postérieure du cou ne semblait pas déformée, sauf au-dessous de l'occiput où l'on trouvait une profonde dépression. A la partie antérieure, déformation qui ne semble pas avoir encore été signalée, donnant assez l'aspect d'une adénopathie accompagnée de goitre. Les sterno-cléido-mastoïdiens étaient projetés en dehors de l'angle de la mâchoire, flasques. La pomme d'Adam était repoussée en avant sur la ligne médiane, ainsi que la partie inférieure du cou.

Au moment de l'examen, la sensibilité dans les membres avait en partie reparu ainsi que le mouvement. La tête était immobile et les muscles du cou ne pouvaient la mouvoir.

La réduction fut décidée. Deux assistants, tenant les pieds, firent la contre-extension; le chirurgien saisit la tête, et, par une traction violente accompagnée de mouvements de flexion et d'extension, on put faire disparaître toute déformation; à ce moment, le malade sentit disparaître le sentiment de constriction thoracique qu'il accusait auparavant. La tête, le cou et les épaules furent maintenus dans un appareil plâtré pendant quinze jours. A ce moment, le malade ne conservait plus dans les doigts du côté droit qu'une sensation comparable à celle qu'il aurait s'il plongeait sa main dans de l'eau où l'on aurait délayé de la farine.

Au bout d'un mois, il pouvait se lever et marcher dans la chambre, mais pour prendre la position horizontale, il était forcé de soutenir sa tête avec ses mains.

Actuellement, 107 jours après l'accident, le cou présente encore en avant une saillie marquée, montrant que la réduction n'a pas ramené les parties dans leur position normale.

Cette déformation peut être due au déplacement non corrigé d'une vertèbre, à l'écrasement d'un corps vertébral ou à la fracture d'une vertèbre immédiatement en arrière de son corps. F. VERCHÈRE.

Ueber einen Fall von Arthrodese im Acromio-Claviculargelenk (Opération pour luxation sus-acromiale incoercible de la clavicule), par J. WOLFF et WIRZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 42, *p.* 922, 21 *octobre* 1889).

Ouvrier de 38 ans s'étant fait, dans une chute, le 30 juillet 1888, une luxation en haut de l'extrémité acromiale de la clavicule. Depuis lors, il lui était impossible de continuer son métier consistant à soulever et à porter de lourds colis.

Sept mois après l'accident, la clavicule luxée se trouvait à plus de 3 centimètres au-dessus de l'acromion ; facile à ramener dans sa position normale, l'extrémité acromiale de la clavicule reprenait sa situation vicieuse, dès qu'on cessait de la déprimer. En outre, quand l'homme élevait le bras, l'extrémité luxée se portait d'un centimètre en arrière vers l'omoplate, et ce déplacement horizontal s'accompagnait de douleurs.

Le 7 février 1889, Wolff mit à découvert les deux os en pratiquant une incision antéro-postérieure au niveau de leur articulation. Il n'y avait pas de cartilage intermédiaire. Wolff détacha le tissu fibreux qui se trouvait sur les deux extrémités articulaires ; enlevant complètement celui de la clavicule, par-

tiellement celui de l'acromion, dont il rabattit le reste en bas. Après avoir enlevé au ciseau une mince couche osseuse des deux surfaces articulaires, il les unit à l'aide de deux fils d'argent placés à 1 centimètre 1/2 l'un de l'autre; la coaptation des deux os fut très laborieuse. Le 20 février, la plaie était réunie, sauf au niveau du drain qui fut cicatrisé le 11 mars. Le résultat opératoire était alors parfait, bien qu'on n'eût pas obtenu la soudure cherchée.

Mais trois semaines après la sortie de l'opéré, le trajet fistuleux, aboutissant aux fils, s'ouvrit et on ne put le refermer malgré des grattages répétés avec la curette tranchante.

Le 15 juin, Wolff remit les os à découvert et enleva les fils; dès lors la guérison fut rapide. Mais il a reparu un certain déplacement en haut de la clavicule, qui ne dépasse pas toutefois un 1/2 centimètre et il ne s'est pas reproduit de déplacement latéral pendant l'élévation du bras.

En somme, sans être complet, le résultat de l'opération suffit pour permettre au malade l'usage professionnel de son membre. Dans la discussion, von Volkmann et von Bergmann déclarent, l'un et l'autre, n'avoir jamais observé de troubles fonctionnels marqués à la suite des luxations susacromiales de la clavicule. J. B.

Des causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de la hanche, par NÉLATON (*Archives générales de médecine, mars, avril* 1889).

L'irréductibilité des luxations anciennes de la hanche est due : *a*) à des déformations de la cavité cotyloïde; *b*) à des modifications de la capsule articulaire; *c*) au raccourcissement des muscles fessiers et adducteurs. Les déformations du cotyle plus ou moins prononcées peuvent être regardées comme constantes lorsque la luxation date d'un an.

Les obstacles capsulaires sont :

1° L'interposition de la capsule entre la tête et la cavité;

2° Le rétrécissement cicatriciel de la déchirure capsulaire qui a donné issue à la tête;

3° La présence d'un rideau fibreux adhérent au bourrelet cotyloïdien qui masque le cotyle et qui est formé par la capsule déshabitée.

L'obstacle musculaire est dû à la rétraction des adducteurs et des fessiers.

Une luxation de la hanche ne se réduit pas après un an. Une semblable luxation se réduit en général dans les deux premiers mois qui suivent l'accident; mais, passé ce délai, les exemples de réduction sont de plus en plus rares.

Lorsque des manœuvres non sanglantes n'ont pu réduire la luxation, le chirurgien peut recourir à l'arthrotomie. L'arthrotomie devra se faire avant que trois mois se soient écoulés depuis l'accident. Elle devra être faite par la voie antérieure.

Si l'intervention est plus tardive, on devra recourir d'emblée à la résection de la tête fémorale.

L'ostéotomie paraît devoir être réservée aux cas qui s'accompagnent de flexion extrême du membre et d'immobilité de la tête luxée.

RICHARDIÈRE.

Arthrodèse pour pied bot paralytique, par DEFONTAINE (*Bulletin de la Soc. de chirurgie, t. XV, p.* 453).

Defontaine a fait deux fois cette opération pour remédier à des pieds bots paralytiques pour fixer le pied à angle droit sur la jambe.

Chez le premier sujet âgé de 15 ans, l'avivement osseux fut fait avec le ciseau large de Championnière et le ciseau de Mac Ewen.

Chez le second de 3 ans, abrasion des cartilages avec le bistouri.

Dans les deux cas, mise à nu d'une notable quantité de tissu osseux sur la face supérieure aplanie de l'astragale.

Suture des incisions sans drainage; pansement iodoformé recouvert d'ouate sans tissu imperméable.

Defontaine, au lieu de faire suppurer le foyer opératoire comme Albert, a cherché et obtenu la réunion totale et primitive. C. WALTHER.

Des lésions consécutives à la flexion forcée des phalangettes des doigts, par DELBET (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 117, 28 *février* 1890).

D'après les expériences de Delbet, il y a trois variétés : 1° arrachement d'un coin osseux, par un trait oblique qui pénètre dans la jointure; 2° fracture transversale de la phalangette, hors de l'articulation ; 3° rupture du tendon à 2 où 3 millimètres de son insertion. Ce dernier cas est fort rare et expérimentalement s'observe quelquefois au pouce, exceptionnellement à l'annulaire. Des prédispositions anatomiques (insertion sur une sorte de bec ; existence d'un col rétréci) expliquent ces diverses variétés. Il est certainement erroné de dire, avec Busch, qu'il y a intervention d'une contraction musculaire brusque. Pour Segond, Schöning, le tendon agit passivement, comme un ligament. Si quelquefois il est fixé par une pression extérieure (Segond), en général il semble être fixé seulement sur le dos de la deuxième phalange par des adhérences fibreuses, inextensibles. Aussi la flexion forcée peut-elle produire l'arrachement même après section totale des tendons sur le dos de la première phalange.

Cette lésion bien traitée guérit presque toujours très bien ; il suffit d'immobiliser le doigt dans l'extension. Mais dans un cas Busch a échoué, à l'annulaire. Il est probable qu'il s'agissait alors de la rupture du tendon. En pareille circonstance on serait sans doute autorisé à inciser pour faire la ténorraphie. A. BROCA.

Traumatismes du rein, par TUFFIER (*Arch. gén. de méd.*, 1889).

L'auteur a recueilli et résumé dans ce travail 288 observations de lésions traumatiques du rein, se divisant en contusions ou ruptures du parenchyme (211) et en plaies par instruments piquants ou tranchants et par balles (77), les plaies pouvant se compliquer de hernie de l'organe (sept cas seulement). Tuffier montre d'après ces nombreuses observations combien ces deux variétés de traumatismes du rein ont une importance différente, les contusions étant fréquentes et généralement graves, les plaies au contraire plus rares et moins dangereuses. D'ailleurs, tous ces traumatismes sont régis par les grandes lois de la pathologie générale du rein, à savoir la tolérance remarquable de l'organe et la facilité avec laquelle il supporte et répare les solutions de continuité.

Ce travail se termine par un court chapitre sur les ruptures et plaies de l'uretère, dont l'auteur a pu découvrir quinze observations authentiques. R. JAMIN.

OPHTALMOLOGIE.

Ueber den Farbensinn bei indirectem Sehen (Du sens des couleurs dans la vision indirecte), par HESS (*Arch. f. Ophtalm.*, *XXXV*, 4).

L'auteur fournit une contribution des plus précieuses au sujet du sens chromatique dans la vision indirecte. Jusqu'ici on croyait que le champ visuel était différent pour les diverses couleurs, le plus petit pour le vert, puis pour le rouge, et le plus grand pour le bleu. Se servant de la méthode de Hering, Hess a trouvé qu'il n'en était pas ainsi. L'erreur venait de ce que les différents pigments employés par les oculistes ont une valeur chromatique et une valeur blanche toute différente. Pour comparer la sensibilité de l'œil aux différentes teintes, il faut que les valeurs de ces teintes soient égales. On peut atteindre ces résultats en se servant de la méthode de Hering. L'appareil de ce dernier consiste en un cadre oblong de 70 centimètres de longueur et 40 centimètres de largeur, couvert d'une feuille de papier gris. Au milieu de cette feuille se trouve une perforation de 7 à 14 millimètres de diamètre. Au-dessous de cette perforation, il y a un disque rotatoire sur lequel on peut produire les différentes teintes, comme dans les expériences de Maxwell. En faisant fixer ou la perforation de la feuille grise ou un point de plus en plus éloigné de celle-ci, on peut examiner le sens chromatique central ou périphérique de la rétine. En variant l'inclinaison du cadre contenant la feuille grise, on varie la clarté du fond sur lequel la couleur apparaît ; l'œil doit être parfaitement reposé. L'auteur distingue une zone intra-maculaire (de 6 à 8 millim. de rayon) et une zone extra-maculaire. Dans la zone intra-maculaire, une absorption chromatique a lieu par suite de la coloration jaune de la rétine. Ce n'est que dans la zone extra-maculaire qu'il y a un sens chromatique parfait.

Voici les conclusions de l'auteur :

1) Il y a trois lumières homogènes, jaune, verte et bleue, bien déterminées qui, dans la vision de plus en plus indirecte, ne changent pas de ton, tout en diminuant de saturation. Toutes les autres lumières homogènes changent plus ou moins de ton. Il y a un rouge mêlé de rouge et de violet ou de bleu homogène qui présente les mêmes conditions que les trois lumières homogènes (jaune, vert et bleu), pour la zone extra-maculaire. Les quatre couleurs invariables dans la vision indirecte : le jaune, le vert, le bleu et le rouge, correspondent aux quatre teintes appelées par Hering, jaune fondamental (Urgelb), vert fondamental (Urgrün), bleu fondamental (Urblau), et rouge fondamental (Urroth).

Ces quatre teintes peuvent donc être déterminées expérimentalement.

2) Des lumières colorées composées qui sont vues par une partie de la rétine située à côté de la macula et apparaissent dans un des quatre tons en question, diminuent elles aussi de saturation dans la vision de

plus en plus indirecte, sans changer de ton. Toutes les autres lumières composées, dans ces conditions, changent plus ou moins de ton.

3) Le blanc se forme par le mélange du blanc et du jaune, ainsi que du vert et du rouge, couleurs invariables dans la vision indirecte.

4) L'endroit de la rétine où les quatre couleurs fondamentales finissent d'apparaître colorées dépend de la saturation primitive, de la grandeur de la partie rétinienne atteinte, de l'intensité de la lumière, de la clarté et de la couleur du fond qui environne le champ coloré. Il dépend de plus du rayon de la rétine dans lequel l'image du champ coloré est formé.

5) C'est la méthode de Hering qui est de beaucoup la plus propre à déterminer le point périphérique des différents rayons de la rétine où l'image d'un objet coloré devient incolore. On donne au fond incolore qui porte le champ, coloré au commencement, par l'inclinaison du cadre ci-dessus décrit, la même clarté qu'à ce champ devenu incolore, de sorte que celui-ci ne se distingue plus du fond dans une vision assez indirecte et qu'il disparait par conséquent tout à fait.

6) Si deux champs diversement colorés sur un fond incolore disparaissent parfaitement dans la vision indirecte, parce que leur couleur n'est plus perçue et leur clarté est égale à celle du fond, on peut attribuer à l'une et à l'autre la même valeur de clarté (valeur blanche de Hering). Aussi peut-on attribuer à une lumière de rouge et de vert fondamentaux (Urroth et Urgrün) la même valeur rouge et verte, si, mêlées en parties égales, elles donnent un mélange incolore pour la rétine pourvue d'un sens chromatique parfait. Le vert et le rouge fondamentaux d'un côté, le jaune et le bleu fondamentaux de l'autre côté deviennent incolores et dans ces conditions invisibles dans les différents rayons de la rétine à la même distance du point de fixation, si la valeur blanche et chromatique des champs colorés d'égale étendue est la même.

7) Il s'en suit que le sens du rouge (Rothsinn), diminue dans la périphérie de la rétine du même degré que le sens du vert (Grünsinn), le sens du jaune du même degré que le sens du bleu.

8) Il n'y a pas de limite absolue, ni pour le sens du vert et du rouge, ni pour le sens du jaune et du bleu. La limite dépend de la grandeur et de la valeur chromatique des champs colorés.

9) Toutes les lumières qui apparaissent incolores à un endroit extra-maculaire mais pourvu d'un sens chromatique parfait, apparaissent aussi incolores à tous les autres endroits extra-maculaires. Toutes les équations chromatiques qui se rapportent à un seul point extra-maculaire, mais pourvu d'un sens chromatique parfait, s'appliquent aussi à tous les autres points extra-maculaires d'une situation excentrique quelconque, mais pas toujours aussi aux parties intra-maculaires de la rétine. Toutes les équations valables pour un point de la zone dichromatique (daltoniste) de la rétine s'appliquent aussi pour toutes les autres parties daltonistes, mais non pas pour les parties rétiniennes pourvues d'un sens chromatique parfait.

Tous les phénomènes constatés par l'auteur s'expliquent aisément d'après la théorie de Hering, tandis que la théorie de Young-Helmholtz, tombée en désuétude, n'y suffit plus. ROHMER.

Ueber die Hypothesen zur Erklärung der peripheren Farbenblindheit (Des hypothèses servant à expliquer la cécité périphérique des couleurs), par HERING (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXV*, 4).

L'auteur confirme les conclusions de Hess et démontre qu'elles servent à réfuter les théories de Young. Helmholtz et de Leber-Fick, au sujet de l'achromatopsie périphérique, tandis que sa propre théorie des couleurs complémentaires explique bien tous les phénomènes. Avec les autres théories, le fait qu'il y a quatre couleurs, trois homogènes (vert, jaune et bleu) et une composée (rouge), qui, dans la périphérie perdent seulement de leur saturation sans changer de ton, est tout à fait inexplicable. ROHMER.

Ueber die relative Accommodations-breite (L'amplitude d'accommodation relative), par HALSCH et PERELES (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXV*, 4).

Les auteurs ont vérifié les recherches de Donders concernant l'amplitude relative d'accommodation, en se servant d'une autre méthode que cet auteur. Donders ne déterminait pas l'amplitude à l'aide de verres sphériques et prismatiques, mais il se servait d'un appareil inventé par Hering et appelé par lui « Haploscope ». Cet appareil ressemble beaucoup au stéréoscope de Wheatstone. Pereles, pour ses recherches, l'a un peu modifié. A l'aide de cet appareil, on peut déterminer, ou pour une certaine accommodation le maximum et le minimun de convergence, ou pour une certaine convergence le maximum et le minimum d'accommodation. Pereles a examiné ses yeux et ceux de Halsch, tous deux emmétropes, et les yeux de deux myopes. Le nombre de séries d'examen se monte à 12. L'auteur a construit dans chaque cas sa courbe de l'amplitude relative d'accommodation, en introduisant, à l'exemple de Donders, comme abscisses des angles de convergence, comme coordonnées des dioptries d'accommodation. Toutes ces courbes se ressemblent, et ont une forme régulière et symétrique. L'auteur en a fait le calcul, de sorte que l'on peut construire la courbe tout entière si l'on en a déterminé trois points. Les résultats de l'auteur correspondent bien à ceux de Donders et des autres observateurs, excepté sur un point. La valeur de l'amplitude relative d'accommodation trouvée par lui chez les myopes est égale à celle des emmétropes, tandis que jusqu'ici on l'avait trouvée différente. L'auteur croit avec Hering, contrairement à Helmholtz, que la connexité entre l'accommodation et la convergence est innée et non acquise par l'habitude.

Dans un cas, une insuffisance des droits internes diminua beaucoup à la suite d'examens faits avec l'appareil de Hering. L'auteur en conclut que ces exercices pourront avoir une action thérapeutique utile en cas d'insuffisance des muscles externes ou internes de l'œil. ROHMER.

Zur Frage der Schulmyopie (La question de la myopie scolaire), par SCHMIDT-RIMPLER (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXV*, 4).

L'auteur a examiné la réfraction de 2002 élèves; il se servait de l'ophtalmoscope chez tous les collégiens amétropes de $> \pm 1$ D.

La moyenne de tous les myopes montait à 26,6 0/0. Sûrement la myopie est plus fréquente dans les classes supérieures. L'hérédité a été

ɔlie chez 268 (50,7 0/0) des 528 myopes : chez les myopes de 1 D à , hérédité 48,3 0/0; chez ceux de plus de 6 D, hérédité 64,8 0/0. Il ısuit que la myopie joue aussi un rôle dans les faibles degrés de ɔpie. Quant aux altérations du fond de l'œil, l'auteur a surtout trouvé l'hyperémie de la papille et des altérations pigmentaires; ces der-·es augmenteraient de fréquence avec le degré de la myopie. — Les x atteints de conus inférieur présentaient, le plus souvent, une vision arfaite ; l'auteur prend ce conus pour une clôture incomplète de la e fœtale de l'œil.

hez 702 collégiens examinés pour la deuxième fois après un inter-e de 3 ans 1/2, on trouva un degré de myopie plus élevé chez 25,3 0/0 546 anciens emmétropes et hypermétropes, 96, soit 18 0/0 étaient enus myopes : des 156 déjà myopes, 81, soit 52 0/0 avaient accru · myopie. — Chez les bons élèves, la réfraction s'était plus modifiée chez les paresseux.

hez 49 0/0 des 178 collégiens devenus myopes ou plus myopes, rédité existait. Ces chiffres prouvent que la myopie est souvent ıise à l'école.

vec l'amélioration des conditions hygiéniques et pédagogiques, teur a pu constater une diminution de la fréquence de la myopie. st vers ce but que doivent tendre nos efforts. ROHMER.

ıogénie de la myopie, par MOTAIS (*Bullet. et mém. de la Soc. franç. d'ophtalmologie. VII, p.* 117).

'our expliquer les degrés ordinaires de myopie, il faut admettre la orie musculaire, c'est-à-dire l'action des muscles intrinsèques : ce st pas le muscle en contraction, mais son antagoniste qui comprime ;lobe (Stilling). Lorsqu'un muscle, le droit externe par exemple, est té en avant par la rotation du globe en dedans, l'aileron ligamen-x externe se relâche et n'empêche plus le droit externe de former gle sur le globe. En dedans, la résistance n'est pas fournie par le scle en contraction qui est éloigné du globe, mais par l'*aponévrose ımune* qui est tendue et forme une toile suffisamment résistante pour tenir le globe. Les obliques ne paraissent pas avoir une action aussi ɔortante. Dans les cas graves de myopie progressive, la ténotomie droit externe, en diminuant l'enroulement, empêche la compression globe. F. DE LAPERSONNE.

ıveau procédé opératoire du strabisme par avancement musculaire, par MOTAIS (*Bullet. Ac. de médecine* 25 *mars* 1889).

)ans l'opération ordinaire d'avancement musculaire, il peut arriver ı la suture ne tienne pas, le strabisme est plus considérable, et pour arer cet insuccès, on doit recourir à des manœuvres souvent très icates, afin de rechercher le tendon au milieu de tissus cicatriciels. ır éviter ces inconvénients, Motais propose de détacher les bords du don, et de passer les fils comme à l'ordinaire, mais de conserver une ;uette adhérente de 1 à 2 millimètres à la partie moyenne du tendon. ır mobiliser davantage les bords, il fait même deux petites incisions ;itudinales de chaque côté de la languette. F. DE LAPERSONNE.

Elephantiasis de la paupière supérieure, par van DUYSE (*Ann. d'oculistique, CII, p.* 157, *décembre* 1889).

Les cas d'éléphantiasis localisé de la paupière supérieure sont rares. Il s'agissait ici d'une affection congénitale, mais la paupière avait lentement augmenté de volume et recouvrait le globe de l'œil : elle n'était légèrement soulevée que par l'action du muscle frontal : il y avait donc une sorte de ptosis hypertrophique (Wecker). La peau avait la coloration normale, sauf quelques veinosités plus marquées. On sentait sous la peau des parties indurées qui se prolongeaient aussi vers la région temporale. La conjonctive était le siège d'une conjonctivite habituelle avec aspect charnu, velouté, de la muqueuse palpébrale. Pour remédier à cet état, on a pratiqué plusieurs opérations, entre autres la suture de Wecker, contre le ptosis et plusieurs excisions de la peau et de la conjonctive. L'examen histologique a été fait avec grands soins : il a montré que l'épiderme et les attributs épithéliaux n'avaient pas subi de modifications : en revanche le derme et les tissus sous-dermiques sont hypertrophiés : les faisceaux connectifs sont plus épais, plus condensés et plus entrecroisés que dans la peau normale, principalement au voisinage des glandes et des vaisseaux. Ces mêmes lésions se rencontrent dans la couche connective rétromusculaire et même sur le chorion muqueux. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont augmentés de volume, ce qui dépend surtout d'une hypertrophie très marquée de leurs parois, cependant ils sont dilatés en certains points. En somme, l'examen histologique permet de conclure au diagnostic d'éléphantiasis fibromateux simple.

Les lésions de la muqueuse paraissent se rapporter surtout à la conjonctivite chronique. L'auteur entre dans des considérations intéressantes, mais qui ne se rattachent pas à l'étude de l'éléphantiasis. C'est ainsi qu'il discute et admet l'existence de glandes en tube et de sillons à l'état normal, le catarrhe chronique et l'hypertrophie papillaire de la muqueuse ne faisant qu'exagérer les proportions et la forme de l'épithélium de revêtement. F. DE LAPERSONNE.

Elephantiasis palpebrarum, par LIEBRECHT (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 51, *p.* 1115, 23 *décembre* 1889).

Liebrecht présente un malade chez lequel les quatre paupières forment des tumeurs exactement délimitées, de consistance pâteuse et œdémateuse.

L'examen microscopique d'un fragment excisé montre qu'il s'agit surtout de tissu conjonctif fibrillaire avec des cellules rondes disséminées ou formant des amas sur certains points.

Bien que ce malade ait eu six ou sept érysipèles, Liebrecht se demande s'il ne s'agit pas là de tumeurs de forme particulière. (*R. S. M.*, XIV, 673 et XXI, 309.) J. B.

Doppelseitiger Ptosis (Ptosis bilatéral), par FUCHS (*Soc. des méd. de Vienne*, 20 *décembre* 1889).

L'auteur relate deux faits de ptosis bilatéral qui n'est ni congénital ni attribuable à une lésion nerveuse. Il admet une myopathie primitive du releveur de la paupière des deux côtés.

Le premier cas se rapporte à une femme de 50 ans chez qui le ptosis remonte à 10 ans. A droite la chute de la paupière est complète, à gauche il y

a encore une ouverture qui permet à la malade de voir son chemin. Elle contracte son frontal autant que possible pour relever les paupières; aussi les sourcils se trouvent-ils à 1 cent. 1/2 au-dessus du bord orbitaire. Ce qui lui donne un aspect étonné, bizarre. La paupière est allongée, mince, atrophiée et profondément enfoncée dans l'orbite.

Chez le second sujet, une femme de 60 ans, le ptosis existe depuis 20 ans. Mêmes particularités que dans le cas précédent. Le ptosis n'a pas débuté simultanément des 2 côtés et il est moins complet d'un côté que de l'autre.

L. GALLIARD.

Einfachtes Verfarhren gegen Ptosis und Entropium spasticum senile (Procédé très simple contre le ptosis et l'entropion spasmodique sénile), par GOLDZIEHER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., février* 1830).

L'auteur recommande contre le ptosis un procédé très simple qui fut inventé par un de ses malades. Il s'agit d'une paire de lunettes auxquelles le malade avait fait appliquer une plaque de corne recourbée et dont le bord postérieur était échancré de manière à venir s'appliquer contre la paupière au-dessus du globe oculaire. En mettant les lunettes sur le nez, la plaque de corne relevait la paupière. Un appareil analogue peut aussi servir dans les cas d'ectropion spasmodique. Si, malgré la possibilité d'employer cet appareil, on se décide à opérer, l'auteur préfère à toutes les autres opérations celle de de Stellwag qui consiste à faire la ténotomie du muscle palpébral.

ROHMER.

Conjonctiva plastica, eine radicale Heilmethode des chronischen Trachoms (Réfection de la conjonctive : méthode radicale pour la guérison du trachome chronique), par NOISZENSKI (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., février* 1890).

L'auteur retourne la paupière supérieure, enlève toute la conjonctive malade, en raclant tout jusqu'au cartilage, et la remplace par un lambeau emprunté à la muqueuse des lèvres. L'opération, indiquée non seulement dans le cas de trachome (elle a été exécutée quatre fois par l'auteur), pourrait être appliquée encore à toutes les lésions chroniques de la conjonctive qui donnent lieu à des pannus.

ROHMER.

Mumps der Thränendrüsen (Oreillons des glandes lacrymales), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars* 1890).

Chez une jeune fille de 15 ans, l'auteur décrit sous le nom d'oreillons de la glande lacrymale, une dacryo-adénite subaiguë, non purulente et double dont le symptôme caractéristique est la difformité du visage causée par la saillie des deux tumeurs sous le rebord supéro-externe des paupières. La guérison fut obtenue en un mois par l'iodure de potassium et les fomentations chaudes.

ROHMER.

Beitrag zur Kenntniss der Furchen-Keratitis (Contribution à l'étude de la kératite à sillons), par MAKROCKI (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mars* 1890).

L'auteur décrit un cas analogue à ceux décrits par Emmert, Hansen-Grut, Hock, Gillet de Grandmont; il s'agit d'une femme de 40 ans, rhumatisante, qui portait sur sa cornée une infiltration à sillons nombreux et faciles à distinguer avec la loupe et occupant toute la surface de la cornée sans arriver jusqu'aux bords; les ramifications des sillons ne communiquent pas entre elles, mais restent séparées et affectent surtout des formes en S; on dirait un réseau de canalicules interrompus en de nom-

breux endroits ; l'épithélium recouvre tous ces canalicules ; les instillations d'atropine et les fomentations chaudes de camomille et d'eau de chlore amenèrent la guérison. D'après l'auteur, résumant tous les cas publiés jusqu'ici, il existerait une forme aiguë avec ulcération, et une forme subaiguë, torpide et sans ulcérations. ROHMER.

Hundert und dreisig Fälle von Keratitis interstitialis diffusa... (Cent trente cas de kératite interstitielle diffuse comprenant cinq cas de kératite interstitielle centrale annulaire), par PFISTER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mars* 1890).

L'auteur a relevé tous les cas de kératite interstitielle diffuse observés à la clinique de Haab, de Zurich. Il en a trouvé 125. La plus grande fréquence a lieu de 6 à 10 ans (34,6 0/0), et de 11 à 15 ans (23 0/0) ; mais il en a également observé dans la première année de la vie et jusqu'à l'âge de 40 ans. La syphilis héréditaire fut constatée dans 40,8 0/0 et soupçonnée dans 23,8 0/0. Quant à la kératite annulaire de Vossius, il en a observé 5 cas ; l'un de ces derniers malades eut en même temps sur l'autre œil une kératite interstitielle diffuse ordinaire de Hutchinson.

ROHMER.

Zur Behandlung totaler Hornhautnarben mit vorderen Synechieen (Traitement des cicatrices cornéennes totales avec synéchies antérieures), par DIMMER (9e *Congrès d'ophth. Heidelberg*, 1889).

Dimmer a fait une série de recherches sur des lapins, pour essayer de greffer une cornée transparente artificielle sur des leucomes cornéens. Il employait, dans ce but, de petites capsules de celluloïde qu'il implantait dans une ouverture faite avec le trépan. Après plusieurs réussites sur des lapins, il entreprit l'opération chez l'homme. Dans deux cas, la capsule resta en place et le patient pouvait compter les doigts à deux et trois mètres. Onze semaines se sont écoulées depuis l'opération, sans que le résultat ait été jusqu'ici amoindri. ROHMER.

Kyste dermoïde de la cornée, par BOREL (*Revue méd. Suisse romande*, *IX*, 785, *décembre* 1889).

Borel a opéré dernièrement un kyste dermoïde congénital de la cornée. La tumeur, de la grosseur d'un bouton de chemise, et garnie de poils, occupait presque exactement le centre de la cornée et n'était en communication avec la conjonctive par aucune espèce de pont. Les tumeurs semblables connues jusqu'ici, occupaient le limbe sclérotico-cornéen. (*R. S. M.*, II, 400 ; XXVI, 725.) J. B.

Zur Ætiologie des Herpes Corneæ, par DECKER (*Klin. Monatsbl. f. Augenkeilk.*, *mars* 1890).

Il s'agit d'une fille de 17 ans, d'apparence lymphatique, qui, outre une névralgie frontale violente, présentait des croûtes grosses comme un petit pois au même endroit et jusque sur le nez. Les paupières étaient gonflées et la conjonctive très injectée ; sur la conjonctive bulbaire étaient un grand nombre de petites bulles ; photophobie, larmoiement. Sur la cornée étaient de petites élevures grisâtres, dont quelques-unes étaient rompues. L'affection durait depuis longtemps et présentait à chaque instant de nouvelles poussées, à intervalles irréguliers ; la guérison fut obtenue facilement à

l'aide d'insufflation de calomel, etc. Mais de nouvelles rechutes survenaient à tout moment, lorsque l'auteur eut l'idée de traiter une rhinite chronique hypertrophique du même côté que l'œil malade, et que la patiente portait depuis longtemps. La guérison de cette affection nasale guérit aussi définitivement l'herpès cornéen; d'où l'auteur conclut qu'il y a évidemment concordance entre les deux affections et rapport étiologique manifeste. ROHMER.

Vorstellung eines Falles von paradoxer Pupillenreaction (Cas de réaction en apparence paradoxale d'une des pupilles), par **BURCHARDT** (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 2, *p.* 40, 13 *janvier* 1890).

Il s'agit d'un syphilitique dont la pupille gauche se dilate à la lumière et se rétrécit à l'obscurité. Ce phénomène, d'apparence paradoxale, s'explique de la façon suivante : A la suite d'une iritis exsudative intense, il y eut oblitération complète de cette pupille. Comme il y avait en même temps augmentation de la tension du globe oculaire, Burchardt craignit que la vision n'en fût complètement abolie par un glaucome secondaire. Sans attendre donc la cessation complète des phénomènes inflammatoires, il pratiqua l'iridectomie sur l'œil encore très rouge. L'hémorragie fut considérable et Burchardt dut introduire à l'aveugle la pincette à iris, de même qu'une fois l'opération terminée, il n'en pût contrôler le résultat.

Le lendemain matin, une partie du sang étant résorbée, il reconnut qu'il avait pratiqué un coloboma suffisamment grand, de telle façon que l'acuité visuelle remonta de 1/1500 à 1/8.

Dans cette opération, il avait complètement sectionné la partie inférieure du sphincter irien. A la lumière, ce muscle se contracte normalement comme avant l'iridectomie, mais étant fixé par des synéchies à son sommet, ses deux extrémités inférieures, qui sont au contraire libres, s'écartent alors l'une de l'autre, ce qui produit l'agrandissement de la pupille. J. B.

Ueber die præcorneale Iridotomie, par E. FISCHER (*Deutsche med. Woch.*, n° 3, *p.* 45, 1890).

L'auteur rapporte les résultats de 36 nouvelles opérations de Schœler (iridotomie précornéenne), faites 20 fois pour des opacités de la cornée et 16 fois pour des cataractes congénitales partielles. Dans tous ces cas, l'acuité visuelle a été améliorée : au lieu de Sn III, III 1/2 et VI, les opérés ont pu lire Sn 1 1/2.

Chez presque tous les sujets de la première catégorie, on a constaté, après l'opération, la faculté de lire les caractères ordinaires des journaux, et chez plusieurs les plus fins caractères.

Dans les cas de cataracte stratifiée, les résultats ont été particulièrement bons.

L'auteur conseille donc d'avoir recours à l'iridotomie extra-oculaire qu'a préconisée pour la première fois Schœler. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 46, 1886.) L. GALLIARD.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Miliartuberculose der Chorioidea (Contribution à l'étude de la tuberculose miliaire de la choroïde), par **DINKLER** (*Arch. f. Ophth.*, *XXXV*, 4).

L'auteur rapporte un cas de tuberculose miliaire de la choroïde observé chez une jeune fille âgée de 18 ans.

Les tubercules siégeaient surtout dans la région de la macula. Au microscope, ils offraient l'aspect typique de ces néoplasmes. Ils s'étaient développés soit dans la chorio-capillaire, soit dans la choroïde proprement dite. Ils con-

tenaient des cellules géantes pigmentées. L'auteur constata la présence de bacilles de la tuberculose dans les proéminences tuberculeuses. A côté de celles-ci, il existait entre les foyers circonscrits une infiltration diffuse, à cellules rondes, de la choroïde avec dilatation excessive des capillaires. La choroïde était épaissie dans toute son étendue. Les bacilles faisaient défaut dans cette infiltration diffuse, envisagée par l'auteur comme une inflammation de réaction (non spécifique). ROHMER.

I. — Ein Beitrag zu der Entstehung der spontanen Bindegewebsneubildung in der Netzhaut und im Glaskörper (Contribution à l'étiologie des proliférations conjonctives dans la rétine et le corps vitré ; rétinite proliférante), par SCHEICH (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., février* 1890).

II. — Ein Fall von Retinitis proliferans, par PRÖBSTING (*Ibidem, février* 1890).

I. — Jaeger a décrit et figuré comme néoformation du tissu conjonctif une affection à laquelle Manz a donné le nom de rétinite proliférante ; les recherches anatomiques ont montré que cette lésion siégeait véritablement dans la rétine. Leber a cherché plus tard à expliquer par des hémorragies rétiniennes répétées le développement de cette affection particulière caractérisée par de larges traînées blanchâtres situées sur la papille ou en avant des vaisseaux rétiniens. Scheich publie deux cas nouveaux qu'il figure par des chromolithographies et qui ont débuté par des hémorragies du corps vitré et de la rétine ; l'auteur n'a pu constater aucune maladie du cœur chez ses malades.

II. — Cas analogue aux deux précédents, et figuré comme eux par un dessin ophtalmoscopique lithographié ; l'affection débuta de même par des hémorragies dans le corps vitré et dans la rétine ; mais chez le malade de Pröbsting, il y avait une hypertrophie du cœur avec légères lésions valvulaires. ROHMER.

I. — Des altérations pigmentaires de la rétine consécutives à la phtisie oculaire, par DOLARD (*Arch. d'ophtalm., IX, n° 6, p.* 493(.

II. — A form of retino-choroïditis due to concussion of the eye, par HUTCHINSON jun. (*Ophth. Soc. of the unit. Kingdom., 2 mai* 1889).

I. — Sur deux yeux, perdus depuis longtemps et énucléés par le professeur Gayet, on a trouvé des altérations de la rétine rappelant les lésions de la dernière période de la rétinite pigmentaire, le tissu connectif a remplacé totalement les cônes et les bâtonnets, il s'infiltre dans les couches sous-jacentes détruisant les éléments nobles. La papille est sclérosée et excavée. Les vaisseaux ont des parois externes très épaisses et leur lumière est remplie par des amas globulaires. Les granulations pigmentaires suivent les trajets des vaisseaux et forment des réseaux très élégants, mais il n'y a pas de vaisseaux de nouvelle formation. Le pigment, dans certains points, se diffuse dans le tissu scléreux sans suivre les mailles régulières d'un réseau. L'auteur rapproche ces deux observations d'un fait que j'ai publié en collaboration avec Vassaux (*Arch. d'Ophtal.*, 1884), mais, dans ce cas, il s'agissait d'un traumatisme et la pigmentation était plus régulière.

II. — Chez un jeune garçon bien portant, qui avait reçu un coup sur l'œil, il se produisit de la mydriase persistante, une forme spéciale de cataracte polaire et surtout des lésions intéressantes du fond de l'œil. Autour de la papille et de la région maculaire, il y avait une pigmentation abondante de la

rétine, qui cessait, au contraire, à la périphérie. Observée dix jours après l'accident, cette pigmentation diminua au bout de quelque temps, mais persistait encore un an après l'accident. La papille était atrophiée, la vision diminuée, le champ visuel très rétréci.

Cette rétino-choroïdite pigmentaire, d'origine traumatique, est encore à rapprocher des faits précédents. F. DE LAPERSONNE.

Traitement du décollement de la rétine, par ABADIE (*Ann. d'oculistique*, CII, *p.* 203, *décembre* 1889).

Abadie a modifié de la façon suivante la méthode de Schöler (injection de teinture d'iode). Ponction de la sclérotique avec un couteau de Graefe à 8 ou 10 millimètres du limbe, dans le point qui paraît correspondre au décollement : le liquide sous-rétinien s'écoule et l'œil s'affaisse un peu, ce qui est un avantage, parce que la rétine décollée se rapproche de la choroïde. Le couteau étant retiré, on introduit une fine canule mousse en argent, adaptée à la seringue de Pravaz, et on ajoute une goutte ou une goutte et demie de la solution : teinture d'iode 5 grammes, eau distillée 5 grammes, iodure de potassium 25 centigrammes. Les jours suivants on constate un affaissement du globe, mais peu à peu la tension s'élève, tout en restant un peu moindre qu'avant le traitement. F. DE LAPERSONNE.

Pathogénie du glaucome, par NICATI (*Société de biologie*, 1er *février* 1890.

Dans certains cas de glaucome, on a pu constater des varices capillaires au niveau de l'iris, du cercle ciliaire et de la choroïde. Les varices seraient dues à un spasme des muscles du tractus uvéal, d'où la production d'un œdème intra-oculaire. Pour que cet œdème devienne permanent, il faut que l'humeur aqueuse ne puisse plus s'écouler; or, l'obstruction des voies de filtration est presque fatale par suite du spasme irido-choroïdien. Le glaucome reconnaît donc un double facteur étiologique: d'une part, des varices capillaires, et d'autre part, une obstruction des canaux de l'humeur aqueuse. F. DE LAPERSONNE.

Ueber die von Operationsnarben und vernarbten Irisvorfällen ausgehende Glaskörpereiterung (Des suppurations du corps vitré consécutives aux cicatrices opératoires et aux taies adhérentes avec hernies de l'iris), par WAGENMANN (*Arch. f. Ophtalm.*, *XXXV*, 4).

L'auteur décrit 13 cas de la clinique de Leber dans lesquels depuis quelques mois jusqu'à nombre d'années après la guérison complète de plaies opératoires ou de prolapsus iriens, il survint une infection grave de l'œil amenant sa perte. Dans un seul cas tout récent, Leber réussit à arrêter la marche progressive du processus suppuratif à l'aide d'une thermo-cautérisation du foyer infectieux limité encore à la cornée, mais qui avait déjà causé, probablement par l'influence des produits pathogènes des microbes, une altération du corps vitré et une diminution sensible de la perception lumineuse. L'auteur expose l'histoire très détaillée de ces 13 cas, 11 fois avec l'examen anatomique et microscopique de l'œil énucléé.

Parmi les opérations, l'opération de la cataracte avec cicatrisation cystoïde et l'iridectomie anti-glaucomateuse, après un intervalle plus

ou moins long, étaient les opérations les plus communément suivies de l'infection tardive de l'œil. A ces 13 cas, l'auteur en ajoute 5 autres, encore plus rares, d'infection tardive, commençant par la suppuration et se transformant de bonne heure en inflammation séro-plastique avec conservation de l'œil; il s'agirait donc là de cas abortifs.

Voici les conclusions de l'auteur :

Dans tous les yeux examinés, il existait des microcoques à l'intérieur de l'œil. La suppuration prenait toujours son point de départ dans la cicatrice; là aussi, il y avait toujours des foyers de microbes. Pour expliquer l'arrivée des microbes, on peut faire trois hypothèses :

1) Ils ont pu pénétrer dans la plaie alors qu'elle était récente et y rester inactifs pendant un laps de temps plus ou moins long.

2) Ils ont pu envahir le locus minoris resistentiæ que forme la cicatrice à travers le système circulatoire.

3) Ils ont pu s'établir dans la cicatrice par une infection nouvelle.

L'auteur démontre l'improbabilité des première et deuxième hypothèses, et admet la troisième en faveur de laquelle parlent les faits anatomiques et cliniques.

Presque toujours le corps vitré touchait immédiatement à la cicatrice. C'est pourquoi une simple infection qui, d'ailleurs, n'aurait amené qu'une kératite à hypopion, causait de suite une suppuration du corps vitré et une panophtalmie. Dans quelques cas le traumatisme infectieux secondaire put être sûrement constaté. Dans un cas où la panophtalmie de l'un des yeux fut suivie d'une ophtalmie sympathique de l'autre, Wagenmann put vérifier les données de Deutschmann. Il trouva des microbes le long de la gaine du nerf optique vers lequel ils s'étaient propagés, et à travers le corps vitré, en passant par le tissu épiscléral autour du bulbe. (Voy. *R. S. M.*, XXXV, 688.) ROHMER.

Lupus et tuberculose oculaires, par A. TROUSSEAU (*Bulletin et mém. de la Soc. franç. d'ophtalmologie, VII, p.* 86).

Avec des parcelles de lupus conjonctival, on a fait des inoculations dans la cornée et dans la chambre antérieure de lapins. Bientôt, on a vu le produit morbide se résorber, mais vers le douzième jour, il s'est produit des nodules tuberculeux de l'iris ou une véritable kératite tuberculeuse. L'affection est restée localisée et les animaux ont conservé un état général satisfaisant. Ces expériences viennent à l'appui de l'identité entre le lupus et la tuberculose, nettement démontrée aujourd'hui.

De l'étude de cette observation il ressort en outre qu'à la suite du lupus conjonctival il peut y avoir du pannus cornéen, simple lésion de frottement, et quelquefois une kératite plus profonde et plus grave, véritable inoculation tuberculeuse, mais qui peut être amendée par la cautérisation ignée, sans menaces de généralisation. Il y a donc, pour l'œil, comme pour d'autres organes, des tuberculoses atténuées. F. DE LAPERSONNE.

I. — Des diverses formes cliniques de l'ophtalmie sympathique, par ABADIE (*Bullet. et mém. de la Soc. d'ophtalmologie, VII, p.* 109).

II. — Pathogénie et traitement de l'ophtalmie sympathique, par ABADIE (*Société d'ophtalm. de Paris, avril* 1890).

I. — Il existe deux formes cliniques d'ophtalmie.

La première répond à l'ophtalmie migratrice de Deutschmann : elle est d'origine infectieuse et se transmet par continuité de tissu : le processus débute dans le second œil par le nerf optique et marche d'arrière en avant sans douleur, sans injection ciliaire, mais la vision est rapidement compromise. La seconde paraît être d'origine nerveuse, c'est l'ancienne forme d'ophtalmie réflexe, si douloureuse dès la début. Dans la forme infectieuse, il faut d'abord attaquer le foyer pathogène et avant de procéder à l'énucléation, on doit essayer les cautérisations au galvano-cautère, les pulvérisations d'iodoforme et les injections sous-conjonctivales de sublimé (Gallinga, Reymond). Dans l'ophtalmie réflexe, la transmission s'effectuant par les nerfs ciliaires, il faut les sectionner en arrière de la plaie par une sclérotomie rétro-cicatricielle. Bien entendu, il faut surveiller l'état de l'œil et si l'évolution de la maladie ne peut être arrêtée, il faut procéder à l'énucléation.

II. — Il est démontré aujourd'hui que l'ophtalmie sympathique est une maladie microbienne d'origine infectieuse : mais il reste encore quelques incertitudes sur l'efficacité de l'énucléation ; il est incontestable que si le nerf optique de l'œil sympathisant est déjà envahi, l'énucléation sera impuissante à arrêter la propagation microbienne. Aussi quand l'ophtalmie sympathique a déjà éclaté, Abadie conseille de cautériser, avec un fin galvano-cautère, la plaie originelle dans toute son étendue, en la fouillant, pour ainsi dire, dans tous ses recoins, de façon à détruire le foyer pathogène. En outre, il injecte dans l'œil blessé une goutte de solution de sublimé au millième. F. DE LAPERSONNE.

Ein Fall von recidivirender nucléarer Oculomotoriuslaehmung (Paralysie nucléaire récidivante du nerf moteur oculaire commun au début de l'ataxie locomotrice), par P. K. PEL (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 1, *p.* 1, 6 *janvier* 1890).

Homme de 32 ans, issu d'une mère nerveuse et lui-même toujours très nerveux et irritable ; à l'âge de 2 ans, convulsions ; de 16 à 24 ans, une attaque annuelle de vertige épileptique. Depuis 8 ans, accès de céphalalgie sincipitale et occipitale débutant par des mouches volantes, et douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Depuis 4 ans, crises broncho-gastriques, caractérisées par des accès d'oppression et de constriction thoraco-dorsale, accompagnés parfois de violents vomissements.

Depuis deux ans, enfin, paralysie récidivante de la paupière supérieure gauche. L'attaque actuelle, qui est la septième, dure depuis quarante-deux jours. Les 6 précédentes n'ont guère duré plus de deux jours et se sont toujours produites à la suite d'influences psychiques dépressives. Jamais l'œil droit n'a été affecté. Ni diplopie, ni vomissements, ni céphalalgie. Dans les intervalles libres, les fonctions de l'œil gauche étaient tout à fait normales.

Etat actuel. La paupière supérieure gauche pend flasque mais, avec quelque effort, elle peut être soulevée un instant, sans contraction simultanée du frontal, et il survient alors de la diplopie. L'œil gauche est un peu dévié en dehors et il est incapable de tout mouvement en dedans et en haut; en revanche, la rotation en bas sur l'axe antéro-postérieur est conservée. La pupille gauche est un peu plus étroite ; elle réagit paresseusement et défectueusement à la lumière ; son diamètre, en outre, est sujet à quelques oscillations (signe de Gowers) ; sa forme est légèrement elliptique. La pupille droite réagit aussi paresseusement à la lumière. L'accommodation est parfaite, l'acuité visuelle presque normale ; le fond de l'œil, sain des deux côtés.

La sensibilité des deux cornées n'offre pas de différence. Champ visuel et perception des couleurs intacts. Légère saillie des globes oculaires. Parole intacte.

Les réflexes rotuliens manquent complètement, même avec l'artifice de Jendrassik. La marche est normale. La sensibilité est à peine altérée ; le malade se trompe seulement sur la nature des excitations, prenant un tiraillement des poils pour un simple frôlement de la peau. J. B.

Ein theilweise resorbirter Cysticercus in einer tuberculösen Neubildung im Innern des Auges (Un cysticerque en partie résorbé dans une néoformation tuberculeuse dans l'intérieur de l'œil), par SCHRŒDER (*Arch. f. Ophth.*, *XXXV*, 3).

Un individu de 23 ans a observé, il y a six mois, une diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche, sans rougeur ni douleur ; trois mois plus tard, on diagnostique un cysticerque sous-rétinien et on conseille l'énucléation ; ce que le patient refuse. Au moment de son arrivée, il existe une irido-choïdite, dont la cause paraît être une tumeur siégeant dans le fond de l'œil, et étant de nature syphilitique ou tuberculeuse. Les frictions mercurielles n'ayant donné aucun résultat, on fit l'énucléation. Dix-huit mois plus tard, le malade mourait de phtisie aiguë. Au sommet d'un décollement en entonnoir, on trouva une tumeur proéminant dans le corps vitré et implantée sur la choroïde.

L'examen histologique de la tumeur révéla la structure d'un tubercule isolé ; on ne trouva pas de bacille, mais beaucoup de cellules géantes à noyaux, et dans leur voisinage des amas de cellules épithéliales. Dans la partie déclive de la tumeur, on trouva nettement les restes d'un cysticerque, une membrane chitineuse, avec des crochets de 0,17 millimètres, provenant manifestement d'un cysticerque.

L'auteur pense avec Leber que, sous l'influence du mauvais état général, les tissus inflammatoires formés autour du parasite, ont pris le caractère tuberculeux. La résorption partielle du cysticerque serait due en partie aux cellules géantes qui, dans beaucoup d'autres cas, jouent le rôle d'organes de résorption. ROHMER.

Die Deckung der Augenhöhle nach Ausräumung dieselben (Manière de combler l'orbite après ablation des parties molles), par E. KÜSTER (*Cent. f. Chir.*, *n° 2*, *p.* 25, 1890).

L'opération que décrit Küster a pour but d'éviter l'horrible difformité qui résulte de l'ablation de toutes les parties molles de l'orbite. Il procède de la manière suivante : Incision de la commissure palpébrale externe. Les paupières largement écartées, il enfonce un bistouri mince et long au niveau du pli de réflexion de la conjonctive, en le maintenant aussi près que possible, de l'os. Puis, avec des mouvements de scie, il chemine tout autour de l'orbite, pour venir sortir au point où il a commencé. Un coup de ciseau sur le nerf optique, et le bulbe entouré de ses parties molles peut être enlevé. Un tamponnement de quelques minutes arrête l'hémorragie en nappe; on peut voir et lier l'artère ophtalmique et compléter l'ablation des parties molles. La conjonctive est ensuite complètement enlevée, et on suture les deux bords libres des paupières après les avoir avivés. Lorsque les paupières envahies par le néoplasme ne peuvent être conservées, on ferme l'orbite par un lambeau autoplastique fronto-temporal. PIERRE DELBET.

L'abus de l'énucléation, par DE WECKER (*Ann. d'oculistique, CII, p.* 192, *décembre* 1889).

Les connaissances actuelles nous permettent de différencier les simples irritations des véritables inflammations sympathiques ou migratrices : aussi devons-nous pratiquer bien plus rarement l'énucléation. C'est une mutilation souvent inutile, qui nécessite des soins continuels si le malade porte un œil artificiel, quelquefois même elle devient dangereuse (1 cas de mort sur 300 énucléations). Cette opération n'est plus utile : 1° dans le glaucome absolu : il n'y a en effet aucun danger de glaucome sympathique et les douleurs peuvent être calmées par l'iridectomie, l'oulétomie ou les sclérotomies équatoriales; 2° dans les iridochoroïdites spontanées, qu'il faut bien différencier des cyclites traumatiques l'infection étant endogène, l'énucléation ne ferait rien contre l'ophtalmie sympathique; 3° dans les staphylomes : c'est ici surtout que les ponctions équatoriales répétées seront très efficaces. En somme, les seules indications sérieuses et irrécusables de l'énucléation sont : 1° les infections traumatiques, avec ou sans corps étrangers et encore, la désinfection de la blessure pourra, dans quelques cas traumatiques, empêcher l'énucléation; 2° les tumeurs intra-oculaires.

F. DE LAPERSONNE.

Ueber die Anwendung der Antimycotica in der Augenheilkunde (De l'emploi des antimycotiques en oculistique), par EVERSBUSCH (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars* 1890).

C'est à propos d'une communication de Nieden sur les pastilles de Rotter et leur application en oculistique que l'auteur a fait cette étude. De tous les antiseptiques employés jusqu'ici en oculistique, le meilleur et le plus sûr est sans contredit le sublimé qu'on emploie en solutions variant de 1/5000 à 1/1000. Malheureusement, il occasionne souvent sur des yeux cocaïnisés, une kératite spéciale qui laisse après elle des taches cornéennnes, quelquefois permanentes. C'est pourquoi la communication de Nieden sur les pastilles de Rotter a été favorablement accueillie par les ophtalmologistes. Ces pastilles se composent de:

Sulfo-carbonate de zinc, chlorate de zinc, de chaque.....	0,6
Acide borique.....	0.4
Acide salicylique.....	0,1
Il faut ajouter :	
Acide citrique.....	0,01
Pour augmenter sa solubilité, etc.	
Thymol.....	0,01

pour que, par l'odeur, on ne puisse confondre la solution limpide avec de l'eau naturelle. La dose ci-dessus est suffisante pour faire une dose que l'on dissout dans 250 grammes d'eau.

Everbusch a essayé ce nouvel antiseptique, soit pour les opérations, soit en éprouvant dans des cultures son pouvoir microbicide, et il conclut qu'il en revient encore au sublimé dont l'action est beaucoup plus efficace. Everbusch indique en passant qu'il a aussi complètement abandonné les lavages intra-oculaires même avec les solutions les plus innocentes, comme la solution physiologique de chlorure de *sodium*.

Quant à la solution de Rotter, il est vrai qu'elle ne provoque pas la plus petite irritation de l'œil, mais tandis qu'après une opération normale avec le sublimé la plaie cornéenne est déjà fermée au premier pansement, avec la solution de Rotter la chambre antérieure ne se rétablit que vers le quatrième, cinquième ou sixième jour. Enfin, les expériences de laboratoire démontrent que la solution de Rotter, même deux fois plus concentrée, n'agit sur les microbes qu'au bout d'un temps qui varie de onze minutes à plusieurs heures, ce qui n'est pas suffisant pour la chirurgie oculaire. ROHMER.

Die Antiseptica als Heilmittel bei der Behandlung von Augenkrankheiten (Traitement des affections oculaires par les antiseptiques), par W. KROLL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, *p.* 198, 3 *mars* 1890).

1° Affections des paupières. Pour l'érysipèle, scarifications suivies de l'application de compresses au sublimé au cinq millième. Pour l'eczéma, emploi nocturne de compresses de sublimé au millième.

2° Affections de la conjonctive. Ici le sublimé est souvent inefficace, parfois même nuisible. Le nitrate d'argent reste le souverain remède contre la conjonctivite granuleuse et l'ophtalmie des nouveau-nés. Dans les conjonctivites pseudo-membraneuse et diphtéritique, Kroll demeure fidèle à l'eau de chaux. (*R. S. M.*, XXVI, 724.)

3° Affections de la cornée. Lorsqu'un ulcère serpigineux a acquis des dimensions telles qu'on ne peut plus songer à l'emploi du galvanocautère, le meilleur traitement consiste à pratiquer, toutes les deux heures, des lotions avec une solution de sublimé au cinq millième et des applications d'iodoforme pulvérisé, ce qui évite le plus souvent de recourir à la kératotomie de Saemisch.

Les compresses chaudes imbibées de sublimé au cinq millième donnent également de bons résultats dans les kératites phlycténulaire et pustuleuse. J. B.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Contribution à l'étude de l'angine gangréneuse primitive, par MAURIN (*Archives de médecine*, *juillet* 1889).

Maurin rapporte trois observations inédites d'angine gangréneuse primitive survenue chez des adultes, en dehors de toute cause appréciable, et terminée par la guérison. Il rapproche ces trois faits d'observations analogues rapportées par Hérard, Bouchut, Millard, etc. De l'ensemble de ces faits il semble résulter qu'on peut observer deux formes d'angine gangréneuse primitive : une angine gangréneuse circonscrite à l'amygdale, généralement bénigne, et une angine gangréneuse diffuse grave. RICHARDIÈRE.

Chronic rheumatic sore throat, par Fletcher INGALS (*Journ. of laryng.*, *avril* 1890).

Cette affection, dont l'auteur a pu observer une cinquantaine de cas,

est caractérisée par une congestion légère s'étendant aux piliers, aux amygdales, à l'arrière-gorge, parfois au larynx, une douleur plus ou moins vive, localisée souvent au niveau de la corne de l'os hyoïde, exagérée par la pression, disparaissant quelquefois pendant le repos; donnant la sensation de brûlure, de sécheresse. Les troubles digestifs concomitants sont presque la règle. Le diagnostic est assez délicat à établir avec les névralgies, les inflammations ordinaires de la gorge, l'angine syphilitique, etc. On s'appuiera pour cela sur la douleur, se modifiant avec les conditions atmosphériques; sur l'état général, la diathèse rhumatismale et l'absence de signes physiques bien nets.

Comme traitement, Ingals préconise le traitement général antirhumatismal; à l'intérieur, le salicylate, le gaiac, le phytolacca, et l'iodure de potassium; localement, les pulvérisations d'acides phénique et tannique, morphinées; la teinture d'iode ou le nitrate d'argent. A. CARTAZ.

Traitement des inflammations de l'isthme du gosier par l'administration interne du salol, par A. GOUGUENHEIM (*Revue générale de clinique et de thérapeutique, n° 34, p. 543, 1889*).

S'appuyant sur 20 observations personnelles, Gouguenheim arrive aux conclusions suivantes :

1° Le salol agit efficacement sur les angines aiguës, quelle qu'en soit la cause;

2° Il calme avec la plus grande rapidité la douleur, la dysphagie;

3° En calmant la douleur, il peut abréger la durée de l'angine phlegmoneuse suppurée;

4° Il abaisse la température;

5° Il diminue, dans presque tous les cas, la durée des angines;

6° Pour arriver à ce résultat, la dose ne doit pas être inférieure à 4 grammes. G. LYON.

Imaginary foreign bodies in the throat (Corps étrangers de la gorge), par Max THORNER (*N. York med. journ.*, 25 *janvier* 1890).

Dans ce travail, Thorner appelle l'attention sur les troubles nerveux caractérisés par l'idée d'un corps étranger fixé dans la gorge. On peut en distinguer trois catégories :

1° Malades ayant eu un corps étranger qui a été rejeté, mais qui laisse l'impression qu'il est toujours logé dans une partie des voies aériennes supérieures;

2° Ceux qui n'ont jamais eu de corps étranger, mais chez lesquels une lésion de la gorge laisse croire à la présence d'un corps;

3° Enfin une catégorie de malades qui n'ont que la sensation, sans présenter aucune lésion de la gorge, capable d'exciter cette sensation.

L'auteur publie plusieurs observations et indique le traitement à appliquer. A. CARTAZ.

Papillome du voile du palais, par A. CHIPAULT (*Bull. Soc. Anat., p. 153, mars* 1890).

Fillette de 12 ans, toussant depuis des années, avec sensation de corps étranger dans la gorge. Petite tumeur pédiculée implantée sur le bord libre du voile du palais, à droite de la base de la luette, du volume d'un noyau de

cerise. A côté de cette tumeur, autre petite tumeur sessile, moins grosse et de même nature. Ablation du oiseau courbe. Examen histologique, papillome. A. CARTAZ.

I. — Ueber Rachenkrebs (Cancer du pharynx), par Eug. FRAENKEL (*Deutsche med. Woch.*, n° 38, p. 779, 1889).

II. — Cancer du pharynx pris à l'examen microscopique pour un papillome, par A. ROSENBERG et E. FRAENKEL (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 52, p. 1135, 30 décembre 1889).

I. — Le cancer primitif du pharynx est difficile à diagnostiquer quand il siège dans la région inférieure, c'est du reste une affection rare; l'auteur l'a observé dans trois cas.

1° Femme de 40 ans, souffrant depuis six mois, présente à la paroi postérieure du pharynx, à la hauteur de l'ouverture du larynx, une ulcération à bords indurés qui envahit le repli aryténo-épiglottique et le cartilage aryténoïde du côté gauche. L'examen histologique d'un fragment excisé montre qu'il s'agit là d'un cancroïde. On est obligé de pratiquer l'œsophagotomie; mort après quelques semaines. Pas d'autopsie.

2° Femme de 46 ans, atteinte d'abord d'enrouement puis de dysphagie et de dyspnée. Œdème de la glotte, trachéotomie le 15 septembre 1888. A la suite de l'opération, la déglutition s'effectue plus facilement. Plus tard, production d'un abcès péri-trachéal; mort le 14 décembre. On trouve à l'autopsie, un cancer ulcéré occupant, dans la portion inférieure du pharynx, la paroi antérieure et une partie de la paroi postérieure. La lumière de l'organe n'est pas oblitérée. Epaississement du revêtement muqueux des cartilages aryténoïdes; destruction des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Ganglions rétropharyngiens cancéreux. Métastases nombreuses dans le foie

3° Maçon toussant et perdant l'appétit depuis un an, enroué depuis trois mois. On constate l'épaississement des cordes vocales et comme il y a des signes pulmonaires on fait le diagnostic de tuberculose. Le 6 octobre, trachéotomie, hémoptysies, mort le 27 janvier 1889.

On trouve des foyers caséux et des cavernules dans les deux lobes supérieurs des poumons.

Cancer ulcéré de la partie inférieure du pharynx, envahissant le larynx, spécialement du côté droit (corde vocale, cartilage aryténoïde, repli aryténo-épiglottique); dans le larynx il n'y a pas d'ulcération. Du côté droit existe un ganglion infiltré à l'angle de la mâchoire. L. GALLIARD.

II. — Femme de 32 ans ayant depuis 8 ans une dysphagie de plus en plus pénible. Le laryngoscope fait reconnaître une tumeur largement implantée sur la paroi pharyngée postérieure et remplissant d'arrière en avant le calibre du pharynx, de telle sorte que la partie antérieure de la tumeur touchait la face postérieure du cartilage aryténoïde droit. Bien que le diagnostic de cancer ne fût pas douteux, on voulut le confirmer par l'examen microscopique d'un fragment excisé de la tumeur; cet examen ne montra qu'une structure papillomateuse. On enleva la tumeur et de nouveau on en examina au microscope quatre fragments superficiels qui présentaient tous la structure d'un papillome simple.

Quinze jours après l'opération, la dysphagie reparut plus intense que précédemment; en même temps il y avait de la gêne respiratoire, on constata une récidive plus étendue que la première tumeur. La paroi postérieure du larynx était refoulée en avant, et l'orifice supérieur ne constituait plus qu'une fente transversale. L'œdème des replis aryépiglottiques empêchait de voir les cordes vocales. La tumeur rouge pâle, globuleuse, était ulcérée à sa surface. L'examen microscopique des parties centrales de la première tumeur

extirpée fit reconnaître alors qu'il s'agissait véritablement d'un cancer.

Dans la discussion, Scheinmann déclare qu'il révoque en doute l'utilité d'une opération en cas de cancer du pharynx. Il a vu un malade succomber 48 heures après l'opération. Cet homme n'avait que des troubles relativement insignifiants; la phonation et la déglutition s'exécutaient normalement et il eût pu survivre plusieurs mois. J. B.

Warty growths in the naris (Tumeurs verruqueuses des fosses nasales), par INGALS (*N. York med. journ., p.* 317, 21 *septembre* 1889).

Les tumeurs que l'auteur a extirpées du nez d'un homme de 46 ans sont des papillomes offrant la structure des verrues vulgaires : charpente conjonctive envoyant des prolongements ou papilles recouvertes d'épithélium stratifié.

Ces verrues ont une tendance remarquable à récidiver après l'extirpation ou la cautérisation. L'auteur a employé l'acide chromique, l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, l'acide phénique; il a utilisé la curette et cautérisé ensuite avec l'anse galvanique. Les verrues ont toujours reparu. Elles étaient sessiles ou pédiculées, parfois très petites, à peine visibles, pouvant atteindre aussi 2 millimètres de diamètre. Pas de de douleurs, pas de retentissement sur l'état général. L. GALLIARD.

Ueber Rhinoscleromba cillen, par PALTAUF (*Soc. des méd. de Vienne*, 10 *janvier* 1890).

Paltauf a observé en trois ans 14 cas de rhinosclérome. Dans 3 cas, il s'agissait de la forme vulgaire, altération du nez, du palais et du pharynx; dans 5, rétrécissement initial du larynx et de la trachée sans modification du palais; dans 2, cicatrices anciennes avec nodules secondaires du larynx; dans 4, lésions limitées aux fosses nasales.

Il a constamment trouvé les bacilles du rhinosclérome et pu pratiquer des cultures pures. Ce fait a une grande importance au point de vue du diagnostic.

Ces bacilles se distinguent des bacilles pneumoniques de Friedländer parce que leurs cultures se dessèchent plus rapidement; elles ne donnent pas naissance à des gaz comme ces dernières, quand elles se développent sur le sucre; enfin elles échouent dans un milieu acide, tandis que les autres réussissent. L. GALLIARD.

Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux, par ROSENTHAL (*Archives de médecine, mai* 1889, *et Thèse de Paris*, 1889).

Les déformations de la cloison du nez peuvent porter jusqu'au quart postérieur de son étendue, sans presque jamais dépasser cette limite. Les déformations de la lame quadrangulaire paraissent plus fréquentes que celles de la partie osseuse de la cloison.

Les éperons, ou saillies osseuses, sont fréquents et siègent plutôt à gauche. Ils sont presque toujours développés aux dépens du vomer.

Les plus fréquentes anomalies accompagnant une déformation sont, d'après leur ordre : voussure exagérée du palatin, disposition irrégulière des dents et hypertrophie du cornet moyen du côté de la saillie.

Les éperons volumineux sont la cause de sténoses et de troubles réflexes.

Les causes les plus communes des déformations de la cloison (dévia-

tions et épaississements) sont les traumatismes et les tumeurs adénoïdes, mais il est de nombreuses autres causes (syphilis, scrofule pour les épaississements : hérédité pour les excès de volume de la cloison.

L'intervention doit être chirurgicale.

L'opération qui doit être préférée est l'opération à la scie de Bosworth ou l'électrolyse suivant la méthode de Miot.

Dans certaines circonstances, on aura recours avec succès au ciseau employé suivant la méthode de Duplay, Berger, à la pince de Waltering. RICHARDIÈRE.

De l'obstruction nasale, principalement par les tumeurs adénoïdes, dans ses rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques, par REDARD (*Gaz. méd. de Paris*, **22 mars** 1890).

Dans ce travail, Redard tente d'établir que l'obstruction nasale est une cause très fréquente de cyphose, scoliose, déformations thoraciques. En général, ces scolioses sont à courbure longue, peu prononcées, fréquentes chez la femme et accompagnent des déformations thoraciques importantes. Elles apparaissent et se développent surtout pendant l'adolescence au moment de la période de croissance, à la suite de l'inflammation des muqueuses des voies respiratoires supérieures.

Les déformations thoraciques doivent être bien plutôt rattachées à l'obstruction nasale principalement par tumeurs adénoïdes qu'aux hypertrophies des amygdales.

Le traitement de cette obstruction améliore très rapidement certaines formes de cyphoses, de scolioses et les déformations thoraciques. OZENNE.

Sulla natura dell' ozena, par Salvatore MARANO (*Arch. ital. di laryngol.*, *X*, *fasc.* 1).

Après une revue historique, Marano donne le détail des recherches bactériologiques qu'il a faites dans dix cas d'ozène type. D'une façon constante il a rencontré par l'examen histologique et par les cultures le bacille type, décrit par Lœwenberg, comme le micro-organisme caractéristique de cette maladie. C'est un microcoque de 1 μ de long, gros et court, qui se développe bien sur la gélose et la gélatine. On ne le trouve jamais dans le mucus nasal normal ni dans les sécrétions des rhinites chroniques. Marano n'a pas trouvé dans les cultures qu'il a faites, l'odeur spéciale de l'ozène et il suppose que cette odeur est due à l'action combinée du *rhino-bacille* et des autres microbes contenus dans le nez et les sécrétions. Il poursuit l'étude des inoculations et il espère réussir en les faisant directement dans la trachée. A. CARTAZ.

Leçons sur les maladies du larynx, par E. J. MOURE (*In-8° Paris*, 1890).

L'ouvrage que vient de publier Moure, en réunissant les leçons qu'il a faites à la Faculté de Bordeaux, pourrait être à bon droit considéré comme un traité général des maladies du larynx. Les 47 leçons forment en effet une étude d'ensemble de toutes les affections médicales et chirurgicales qui peuvent atteindre cet organe, étude empreinte d'un grand sens clinique et où le côté pratique, diagnostic et traitement, est soigneusement développé; on trouvera, par exemple, à certains chapitres un choix des formules pharmaceutiques qui ont donné, à l'auteur, les résultats les plus favorables.

Après un aperçu général sur l'histoire de la laryngoscopie, sur les méthodes et moyens d'examen, Moure étudie les affections inflammatoires, laryngite catarrhale aiguë et chronique, les abcès du larynx, etc., et signale à ce propos les parésies myopathiques fréquentes à la suite de ces inflammations. A propos de la laryngite dite sèche ou ozène laryngien, l'auteur fait ressortir la liaison étroite qui existe entre cet état et la pharyngite sèche, entre celle-ci et la rhinite atrophique et croit que l'ozène laryngo-trachéal n'est qu'une forme clinique de cette laryngite sèche.

Vient ensuite l'étude de la tuberculose laryngée, du lupus qui n'est qu'une forme latente, chronique de la tuberculose, de la syphilis avec ses modalités diverses, suivant la période à laquelle elle se manifeste sur le larynx, accidents secondaires, tertiaires, manifestations héréditaires précoces ou tardives.

La partie la plus originale de cet ouvrage est sans contredit la série de leçons consacrées aux troubles moteurs et sensitifs du larynx, hyperesthésie, anesthésie, paralysies de diverses sortes. La localisation d'un centre moteur laryngé a suscité dans ces derniers temps de nombreux travaux. Moure résume les observations cliniques et les recherches expérimentales et montre que la question est loin d'être résolue. A signaler également le chapitre de la paralysie des récurrents où l'on trouvera une discussion des différentes théories qui divisent les laryngologistes.

L'étude des spasmes (33e à 35e leçons) complète celle des paralysies. Moure divise les spasmes d'après leur origine plutôt que d'après la nature des muscles atteints.

Nous avons ainsi les spasmes : 1° fonctionnels ; 2° par irritation directe ; 3° d'origine périphérique ; 4° d'origine centrale, vertige laryngé, crises tabétiques etc... 5° réflexes ; 6° liés à une affection générale, toux nerveuse, chorée du larynx.

Les tumeurs du larynx, tumeurs bénignes, tumeurs malignes, forment une partie importante : l'auteur y discute soigneusement le diagnostic et le traitement. A propos du cancer, il traite la question de l'extirpation du larynx et ne montre pour cette opération qu'un enthousiasme modéré.

L'ouvrage se termine par les complications laryngées des fièvres éruptives, rougeole, fièvre typhoïde, etc., et par une bonne leçon sur les manifestations locales de la grippe. A. CARTAZ.

Du centre moteur cortical laryngé et du trajet intra-cérébral des fibres qui en émanent, par J. GAREL et Louis DOR (*Ann. des mal. de l'oreille*, avril 1890).

Garel a publié (voy. *R. S. M.*, XXIX, 291) un fait de paralysie unilatérale laryngée d'origine cérébrale ; l'autopsie confirma le diagnostic et permit de déterminer le siège probable d'un centre moteur cortical laryngé. L'observation qu'il publie aujourd'hui est encore plus démonstrative.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, entré à l'hôpital pour une endocardite ulcéreuse avec péricardite. Trois jours auparavant il avait été pris subitement d'aphonie. A l'examen, en dehors des signes cardio-pulmonaires, on trouve une paralysie complète de la corde vocale gauche, dans la position cadavérique, le bord légèrement concave. La corde vocale droite se meut librement. Aucun

accident de paralysie en dehors de cette hémiplégie laryngée. Diagnostic : embolie cérébrale intéressant le centre cortical moteur du larynx. Le malade meurt au sixième jour de son admission.

A l'autopsie, endocardite ulcéreuse, infarctus pulmonaire, etc... Pas de tumeur comprimant le larynx ou le nerf récurrent. Larynx sain. Dans le cerveau, on trouve dans l'hémisphère droit, un foyer de ramollissement du volume d'un pois, siégeant dans la partie supéro-interne du noyau lenticulaire, juste au niveau du genou de la capsule interne, empiétant sur la partie externe de la capsule interne.

Les auteurs discutent, à propos de ce fait, les observations antérieures, non suivies d'autopsies et les recherches expérimentales de Semon, Horsley, Hooper, etc.; ils concluent :

1° Il existe un centre cortical moteur du larynx dans chaque hémisphère cérébral;

2° Ce centre siège au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale et du sillon qui la sépare de la frontale ascendante ;

3° Les fibres émanées de ce centre passent au niveau de la partie externe du genou de la capsule interne, formant dans le faisceau génículé un faisceau moteur laryngé indépendant du faisceau de l'aphasie et du faisceau de l'hypoglosse;

4° Le centre laryngé a une action croisée. Sa destruction détermine la paralysie totale de la corde vocale du côté opposé (position cadavérique).

A. CARTAZ.

Laryngeal and pharyngeal paralyses, par F. H. BOSWORTH (*Journ. of nerv. and ment. dis.; janvier* 1889).

Étude critique des opinions émises sur la nature des paralysies laryngées en général, et en particulier de la paralysie uni ou bilatérale des abducteurs du larynx; on a admis pour cause de celle-ci une lésion périphérique, une lésion dans la continuité du nerf ou une lésion centrale. L'examen des faits démontre que dans la plupart des cas, surtout si l'on examine concurremment les cas de paralysie pharyngée souvent concomittante, il s'agit d'une origine centrale, le bulbe ou la moelle allongée. Bosworth publie un certain nombre de faits, paralysie bilatérale des abducteurs au début du tabes, parésie des muscles palato-pharyngés résultant d'une endartérite oblitérante, paralysie des constricteurs pharyngés de même origine, etc., qui prouvent l'origine dans une lésion des noyaux bulbaires et il trouve qu'aucune observation, même celle de Delavan, dont il ne connaissait pas alors le complément nécropsique, n'est probante en faveur d'un centre moteur laryngé.

A. CARTAZ.

Beitrag z. Kenntnis d. coordinator. Stimmbandkrampfes (Contribution à l'étude de l'aphonie spastique), par A. MEYER (*Münch. med. Woch., p.* 62, 28 *janvier* 1890).

Fillette de 12 ans, hystérique. Perte brusque de la parole en juin 1889, à la suite d'une frayeur. Par instants, la parole revenait pendant un laps de temps qui ne dépassait pas une demi-heure. Larynx normal pendant la respiration tranquille. Dès que la malade voulait émettre un son, les bandes ventriculaires et les aryténoïdes se rapprochaient fortement, et aucun son ne pouvait être émis. Si l'on insistait, apparaissaient de la douleur laryngée, de la constriction thoracique et une légère cyanose. Traitement hydrothéra-

pique, exercices de phonation méthodique. Guérison. Rechute le 27 juillet. L'examen laryngoscopique permet d'apercevoir les cordes vocales inférieures qui s'accolent énergiquement aussi, pendant les efforts de la phonation. La partie postérieure de la glotte seule montre une petite ouverture triangulaire. Même traitement et en outre faradisation. Guérison rapide. P. TISSIER.

Lupus primitif de l'ostium laryngé. Opération par la pharyngotomie sous-hyoïdienne, par GARRÉ (*Münch. med. Woch., p.* 917, 24 *décembre* 1889).

Homme de 28 ans. Au printemps 1888, le malade remarque pour la première fois une grosseur à la partie postérieure de la langue, qui le gênait pour manger; on la traita par l'acide lactique. L'examen histologique de la tumeur resta douteux.

Le 3 décembre 1888, tuméfaction dure, inégale, indolore à la partie postérieure de la langue. Ligaments glosso-épiglottiques rétractés par une cicatrice. Epaississement du bord libre de l'épiglotte, ici ulcéré, là occupé par une cicatrice. Perte de substance de la partie gauche de l'épiglotte, infiltration nodulaire occupant les deux faces. Lésions catarrhales s'étendant jusqu'au larynx. Pas de dysphagie, pas de trouble de la voix, pas de ganglions sous-maxillaires, pas de toux, rien aux poumons.

Soumise à un traitement médical, la lésion s'étend aux ligaments ary-épiglottiques et aux membranes aryténoïdiennes.

Trachéotomie : canule de Trendelenburg. Pharyngotomie sous-hyoïdienne. On enlève tous les tissus malades. Guérison complète. Pas de récidive au bout de plusieurs mois. P. TISSIER.

On a peculiar obstructive form of laryngeal tuberculosis which simulates bilateral abductor paralysis, par Percy KIDD (*Brit. med. journ.*, 29 *mars* 1890).

Kidd a observé six cas de tuberculose laryngée dans lesquelles prédominaient les symptômes de sténose glottique avec dyspnée, cornage. A l'examen, en dehors des signes caractéristiques de l'infiltration tuberculeuse, on constatait que les deux cordes vocales étaient immobiles sur la ligne médiane, comme dans les paralysies du crico-aryténoïdien postérieur. Dans cinq de ces cas, la trachéotomie dut être pratiquée pour remédier aux accidents d'asphyxie. Chez un de ces malades, mort des progrès de la tuberculose pulmonaire, on put constater que les cartilages aryténoïdes étaient fixés par une production tuberculeuse s'étendant jusqu'au périchondre, sans envahir l'articulation crico-aryténoïdienne.

Kidd discute la pathogénie, écarte la paralysie complète des abducteurs et adducteurs, la paralysie des crico-aryténoïdiens par tumeurs et admet que l'infiltration des tissus et des muscles avait amené progressivement l'immobilité des cordes vocales. Il pense qu'il faut faire intervenir dans certains cas des lésions de l'articulation crico-aryténoïdienne ou des infiltrations péri-articulaires. A. CARTAZ.

Étude sur la dysphagie dans la phtisie laryngée ; son traitement, par A. DIDIER (*Thèse de Lyon*, 1890).

Sur un total de 265 cas de phtisie laryngée, Didier a trouvé la dysphagie 58 fois, soit un quart des malades et en réunissant ses observations à celles d'Heryng, Cahn, Ferrand, Nugon, il a réuni 100 cas. Or, sur ces 100 cas, la localisation laryngée revêtait comme forme prédominante, 41 fois, la forme aryténoïde, 39 fois une forme complexe, 15 fois une

forme épiglottique, 5 cas où les cordes seules étaient ulcérées; chez tous ces malades, cependant la dysphagie était des plus intenses.

Après avoir passé en revue les divers moyens thérapeutiques, médicaux, ou chirurgicaux employés, cocaïne, menthol, iodoforme, scarifications, cautérisations, etc., Didier conclut par les indications suivantes : s'il s'agit d'infiltrations et ulcérations légères des aryténoïdes ou de l'épiglotte, employer la cocaïne, le menthol; si la dysphagie est produite par une tuméfaction des aryténoïdes ou de l'épiglotte, recourir aux scarifications étendues et même au galvano-cautère ou à l'électro-puncture. Si malgré ce traitement, la dysphagie persiste, faire des injections sous-muqueuses de cocaïne, nourrir avec la sonde œsophagienne, enfin en désespoir de cause, en face de l'inanition faire la trachéotomie qui facilite parfois la déglutition, grâce au repos du larynx. A. CARTAZ.

Menthol in laryngeal phthisis, par Charles H. KNIGHT (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 18 *janvier* 1890).

Knight a employé le menthol en inhalations et en applications directes dans le larynx chez 20 malades. Il se sert d'une solution de 4 grammes sur 30 grammes d'alboline, préférant ce véhicule à l'huile d'olive préconisée par Rosenberg. Les résultats ont été favorables : le menthol agit moins rapidement que l'acide lactique, mais il est mieux toléré.

A. CARTAZ.

Acute multiple adenitis; œdema of the larynx with spontaneous cure, par LANGMAID (*N. York med. journ.*, *p.* 149, 10 *août* 1889).

Femme de 40 ans, atteinte de tuméfaction considérable des ganglions sous-maxillaires; fièvre et suffocation. Dans le larynx, une petite tumeur occupe les cartilages aryténoïdes et les deux tiers de la glotte. L'auteur diagnostique un œdème inflammatoire causé par l'adénite aiguë dont il ignore la cause.

Au bout de quelques heures, la malade crache du pus épais, elle est soulagée, et l'on constate la disparition de la tumeur laryngée; il n'y a plus que du gonflement de l'épiglotte. L'écoulement de pus dure plusieurs jours, puis les ganglions reprennent leur volume normal.

L'abcès laryngé a été dans ce cas consécutif à l'adénite sous-maxillaire; il est remarquable qu'on ait pu éviter, soit l'incision de l'abcès, soit la trachéotomie. L'auteur se demande s'il n'y a pas eu au début une plaque diphthérique limitée. L. GALLIARD.

Rétrécissements hystériques de la trachée, par LANDGRAF, GERHARDT, LUBLINSKI, P. HEYMANN (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 50, *p.* 1095 *et* 1096, 16 *décembre* 1889).

1° Homme de 31 ans pris brusquement, en octobre 1888, de raucité et de toux. En janvier 1889, il devient complètement aphone par instants et a de la dyspnée dès qu'il fait quelque effort. Gerhardt diagnostique un rétrécissement de la trachée. Un des soirs suivants, cet homme est brusquement pris d'une angoisse extrême. 16 respirations bruyantes, apyrexie, voix chuchotée, manque d'air, douleurs dans la moitié droite du larynx qui est un peu sensible à la pression. Immobilité absolue du larynx. En appliquant le doigt, on perçoit un bruit vibratoire, variable d'intensité durant l'inspiration, mais constant pendant l'expiration. Cordes vocales rouges, la gauche un peu tuméfiée. Glotte largement béante; les cordes vocales se juxtaposent pour la phonation. Cage thoracique normale; diaphragme haut; les limites inférieures des pou-

mons varient peu. Rien à la percussion, pas de toux; matité cardiaque et bruits du cœur normaux.

Cathétérisme trachéo-bronchique. La sonde est introduite de 39 centimètres dans la bronche droite et de 35 dans la gauche. A la suite de ce cathétérisme, diminution des troubles. Après trois sondages aidés d'affusions froides et d'inspiration d'air comprimé, tous les symptômes morbides avaient disparu. Depuis sept mois, l'état de santé se maintient parfait.

Gerhardt, comme Landgraf, pense qu'il s'agit d'un rétrécissement hystérique dû à la contraction des muscles de la paroi postérieure de la trachée, venant former bourrelets à l'intérieur du canal.

2° Lublinski a observé un fait analogue chez une jeune fille qui avait précédemment été guérie d'une aphonie hystérique, par la compression du cartilage thyroïde. Un an plus tard, elle fut prise d'un stridor trachéal intense avec pâleur, émaciation. Il semblait qu'on eût affaire à un rétrécissement dû à un goitre. Mais nulle part, à l'intérieur ni à l'extérieur de la trachée, on n'apercevait d'obstacle. Quand la malade faisait une profonde inspiration, la paroi postérieure de la trachée se contractait et se plissait visiblement. Après avoir cocaïnisé seulement le larynx, Lublinski le sonda 24 fois sans résultat. Mais subitement, un certain jour, la malade put respirer sans difficulté. Trois mois plus tard, réapparition des mêmes phénomènes qui disparurent tout aussi brusquement.

3° P. Heymann a soigné une jeune chlorotique de 16 ans qui avait déjà offert de nombreux phénomènes d'hystérie. Un jour elle fut brusquement prise de dyspnée, de respiration stridente aux deux temps, etc., sans qu'on pût rien apercevoir d'anormal dans la trachée. Au bout de trois semaines, ces troubles disparurent totalement.

Chez un homme de 60 ans, robuste, il a également vu de l'oppression et du stridor sans cause appréciable, qui rétrocédèrent à la suite de l'administration de la liqueur de Fowler. J. B.

Kehlkopfkrebs (Cancer du larynx, diagnostic et traitement), par B. FRÄNKEL (*Deutsche med. Woch., p. 1, n° 1 et suiv.*, 1889).

B. Fränkel passe en revue les diverses localisations du cancer dans le larynx :

1° *Cancer des cordes vocales se présentant sous forme de tumeur. Cancer polypoïde.* — Il ne se révèle au début que par la raucité de la voix. Il se distingue des tumeurs bénignes par sa tendance à gagner les parties profondes. Au microscope, c'est le carcinome kératoïde de Waldeyer, facile à reconnaître.

Le diagnostic est souvent difficile; les carcinomes pédiculés, rares du reste, ne peuvent se distinguer des fibromes que par leur marche. Les papillomes sont plus aisés à diagnostiquer, mais il y a des formes de transition; les cancers peuvent se développer sur les papillomes.

2° *Cancer des cordes vocales étendu en surface. Cancer diffus.* — Ce carcinome n'atteint d'abord que l'une des cordes vocales qu'il épaissit simplement au début et sur laquelle s'élèvent ensuite de petits nodules. Il s'accroît lentement et n'a que peu de tendance à envahir les parties profondes, formant plutôt une sorte de revêtement complet aux cordes vocales sans en altérer la forme.

Au microscope, c'est le carcinome simple.

Semon admet que le signe qui permet de le reconnaître au début c'est la parésie de la corde vocale; Fränkel ne l'a constatée que dans les cas où le cancer siège sur l'extrémité postérieure de la corde vocale.

Mais on peut voir des paralysies complètes dues à la compression du récurrent par les ganglions dégénérés.

Le diagnostic est difficile au début. Il faut essayer le traitement par l'iodure de potassium, rechercher les bacilles dans les sécrétions, et, si l'on peut, exciser un fragment pour l'examen histologique.

3° *Cancer polypoïde et diffus des autres régions du larynx.* — Les deux variétés de cancer peuvent naître sur les replis aryténo-épiglottiques, dans les ventricules de Morgagni, à la paroi postérieure du larynx. Les carcinomes qui ont pour point de départ la face interne des cartilages aryténoïdes sont ceux qu'on peut confondre avec la pachydermie laryngée dont Fränkel admet la réalité.

Dans la pachydermie, l'auteur signale une tuméfaction blanchâtre, avec injection rosée ou rouge ; à la surface, les glandes sécrètent un dépôt blanc, adhérent, filamenteux, qui s'accumule dans la dépression centrale comme dans une coupe. Cette dépression centrale est attribuée par Virchow à l'adhérence de la muqueuse au cartilage sous-jacent. Fränkel croit au contraire qu'elle est produite par la saillie d'une tumeur située symétriquement sur l'autre côté du larynx; elle n'existerait donc pas dans les cas où la pachydermie serait unilatérale.

4° *Carcinome du ventricule.* — Il refoule les cordes vocales, les replis aryténo-épiglottiques, et envahit la lumière du larynx. C'est un type de carcinome glandulaire, mais les tubes épithéliaux, reproduisant la forme des acini, sont entourés de couches épaisses de tissu conjonctif, de sorte que l'auteur admet là un *carcinome fibreux adénoïde.*

On le distingue difficilement des tuméfactions des cordes vocales ou des replis, et aussi de la périchondrite aryténoïdienne et des gommes syphilitiques. Dans tous les cas douteux, il faut donner du mercure et de l'iodure de potassium.

5° *Formes avancées du carcinome du larynx.* — Les cancers développés aux dépens de l'épithélium pavimenteux ont une tendance manifeste à se propager dans ce même épithélium ; nés dans l'une des cordes vocales ils franchissent la commissure et atteignent l'autre corde, au lieu de se propager aux régions revêtues d'épithélium cylindrique ; de là la *forme circulaire* qui produit rapidement la sténose du larynx. Le cancer des parties supérieures (replis, cordes vocales supérieures, épiglotte) affectent souvent la forme de choux-fleurs. Ils croissent par poussées successives. Les ganglions lymphatiques ne sont intéressés que tardivement.

Les douleurs d'oreilles qu'on a considérées comme un bon signe du cancer laryngé n'existent, d'après l'auteur, qu'après l'apparition des ulcérations. Dans certains cas, on trouve des ulcères cicatrisés.

La troisième période est caractérisée par les destructions profondes, la gangrène, la nécrose des cartilages, l'envahissement des organes voisins. Le cancer peut alors constituer une tumeur perceptible à l'extérieur.

L'auteur termine ce travail par l'étude du traitement. L. GALLIARD.

Die Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste... (Transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes), par F. SEMON (*Intern. Cent. f. Laryng.*, 1888-1889, *et broch.*, *p.* 194, *Berlin*, 1890).

Pour s'assurer du bien fondé de l'opinion qui admet la transformation

des tumeurs bénignes en malignes, Semon a fait une enquête auprès des divers laryngologistes. 107 ont répondu à son appel et lui ont fourni un total de 10747 observations de tumeurs laryngées, dont 4190 papillomes, 1550 cancers. Une opération intra-laryngée a été faite dans 8216 cas. Sur ce total, on ne trouve que 45 cas indiqués de transformation en cancer et 33 seulement consécutifs à une opération. L'étude de ces 33 cas permet à Semon d'établir l'exactitude de la dégénérescence dans 5 cas comme indubitable, dans 7 comme probable, dans le reste, douteuse. En somme, cette transformation regardée comme fréquente ne surviendrait que dans un cas sur 685.

En comparant les cas non opérés avec les cas opérés, la proportion est la suivante : sur 2531 cas non opérés 12 cas de dégénérescence; sur 8216 opérés, 33; 1 sur 211 et 1 sur 249. La dégénérescence, d'après cette statistique, semblerait plus fréquente en dehors de toute opération, ce qui revient à dire que l'opération n'a aucune influence sur cette métamorphose. A. CARTAZ.

Mort subite par introduction de lait dans les voies aériennes, par E. MULLER (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *avril* 1890).

Il s'agit, dans ce cas, d'un enfant de 5 mois qui était nourri par une nourrice. Un matin, après l'avoir laissé teter et dormir pendant quelque temps, la nourrice le sortit de son lit et le coucha sur un coussin pour l'emmaillotter. Il était à peine depuis quelques minutes placé sur ce coussin, qu'on le vit faire une grimace et devenir bleu; quelques instants après il ne respirait plus, et tous les efforts pour le ranimer restèrent infructueux. A l'autopsie, on trouva le thymus volumineux et le larynx, la trachée, la grosse bronche droite et toutes les petites bronches du même côté remplis de lait. Il y avait eu une régurgitation qui l'avait étouffé. OZENNE.

Un cas de laryngectomie modifiée pour un épithélioma du larynx. Guérison, par George FOWLER (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 366, *octobre* 1889).

C. D..., âgée de 58 ans, épithélioma du larynx, voix éteinte, dyspnée continue.

Le 17 novembre, quatre jours après la trachéotomie préliminaire, on procède à la laryngectomie; anesthésie avec le protoxyde d'azote.

Incision depuis le bord supérieur de l'os hyoïde jusqu'au premier anneau de la trachée, ultérieurement étendue jusqu'à l'incision de la trachéotomie préventive. Dissection des parties latérales du cartilage thyroïde de chaque côté. L'isthme du corps thyroïde est incisé au thermocautère. Les muscles crico-thyroïdiens sont divisés au niveau de leur insertion thyroïdienne et rétractés de chaque côté. Puis après hémostase, séparation du cricoïde du premier anneau de la trachée au moyen d'une incision transversale. La trachée est alors par un aide fortement attirée en avant et tamponnée avec de la gaze, puis au moyen d'un fil passé par le premier anneau, il est facile de la maintenir. De deux coups de cisailles, on enlève tout l'angle médian du cartilage thyroïde. L'intérieur du larynx était à nu. On peut constater que la tumeur en occupe toute l'étendue, mais ne comprend pas la face interne des valves du thyroïde. Les deux valves du cartilage sont alors disséquées ainsi que les deux côtés du cricoïde, comprenant l'articulation de ce dernier cartilage avec les cornes inférieures du thyroïde et les connexions avec l'œsophage. Les insertions du constricteur inférieur du pharynx au thyroïde furent ménagés. Les aryténoïdes étaient compris dans les parties ainsi disséquées.

L'œsophage fut alors ouvert sur la ligne médiane de son origine à la partie postérieure du cricoïde; par l'ouverture l'index gauche fut introduit dans le pharynx, put atteindre la base de la langue et passer au-dessus de l'épiglotte. Celle-ci saisie facilement avec une pince fut rabattue. La membrane thyroïdienne fut alors incisée et l'épiglotte détachée des replis aryténo-épiglottiques; il suffit ensuite de quelques coups de bistouri pour détacher toute la masse des quelques adhérences qui restaient encore. Tamponnement de l'orifice supérieur de la trachée, sonde œsophagienne et pansement des parties incisées avec de la gaze à l'oxyde de zinc. Une large épingle transfixant le tube œsophagien était chargée de prévenir sa chute dans l'estomac.

Les suites furent très simples. Au huitième jour, la large perte de substance était merveilleusement comblée. Au dix-septième jour, la contraction des muscles élevateurs et constricteurs du pharynx attachés au thyroïde permettait à la base de la langue de jouer le rôle d'épiglotte et d'empêcher le passage des liquides hors de la voie pharyngée et au vingt-quatrième jour, on pouvait supprimer la sonde œsophagienne. Au quarante-unième jour, on plaça le larynx artificiel de Gussenbauer modifié.

La malade parle mieux qu'avant son opération, l'alimentation est parfaite et les aliments solides étaient parfaitement déglutis dès le 1er janvier. Le 29 janvier 1889, la cicatrisation est totale et en août 1889, il n'y a pas trace de récidive, la santé est excellente. F. VERCHÈRE.

Valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par J. CHARAZAC (*Rev. de laryngol.*, 15 *mars* 1890).

Charazac montre, par des exemples bien significatifs, que les deux opérations ne peuvent pas être choisies indifféremment; chacune a ses indications spéciales qu'il résume ainsi :

1° Dans toutes les affections aiguës du larynx, quand on n'a pas à craindre un rétrécissement consécutif, on doit pratiquer la laryngotomie.

2° Dans les rétrécissements du larynx, la dilatation est plus facile après la trachéotomie.

3° Dans le cancer primitif extrinsèque du larynx, il est plus prudent de pratiquer la trachéotomie; la laryngotomie peut être faite dans les cancers secondaires.

4° Dans la tuberculose, on doit, suivant les cas et l'étendue des lésions laryngées, pratiquer l'une ou l'autre opération. A. CARTAZ.

Des troubles fonctionnels de la déglutition chez les trachéotomisés, par V. RAULIN (*Journ. de méd. Bordeaux*, 8 *décembre* 1889).

L'auteur n'a en vue que les troubles fonctionnels indépendants de toute lésion organique ou opératoire; ces troubles consistant dans le rejet des aliments par la canule surviennent assez fréquemment chez les trachéotomisés, quelques heures ou quelques jours après l'opération. On les fait disparaître momentanément par l'occlusion de la canule, ils augmentent au contraire si on enlève celle-ci. Ils ne durent en général que quelques jours et se montrent aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Raulin n'admet pas, pour l'explication de ces troubles, l'hypothèse d'une parésie des muscles pharyngo-laryngiens. Ils sont en rapport, d'après lui, avec les modifications du rythme respiratoire causés par la toux et la fièvre, modifications entraînant, par la résistance de la trachée, un défaut d'ascension du larynx et partant, une occlusion incomplète des voies aériennes au moment de la déglutition. A. CARTAZ.

Entrée de l'air dans les veines au cours d'une trachéotomie. Analogie des accidents avec ceux des ouvriers tubistes, par CASSAET (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 *novembre* 1889).

Homme de 29 ans, tuberculeux, présentant depuis quelques jours des accès de suffocation qui nécessitent la trachéotomie. L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent était à peine terminée que l'on entendit un sifflement caractéristique de l'entrée de l'air dans une veine, bientôt suivie de l'apparition de petites bulles gazeuses. Le vaisseau fut aussitôt lié, sans que le malade parût se ressentir de l'accident. Le cœur ayant été ausculté, on constata dans une zone assez considérable d'un diamètre de 10 centimètres, dont le centre correspondait au foyer tricuspidien, un bruit hydro-aérique, de gargouillement à timbre métallique très prononcé et synchrone à la systole. Pendant quelques minutes, les bulles devinrent plus nombreuses et plus grosses, puis peu à peu elles diminuèrent et disparurent au bout de 25 minutes. L'opération interrompue fut terminée, et malgré une amélioration momentanée, le malade succombait brusquement trois heures plus tard. L'autopsie a révélé des lésions tuberculeuses généralisées.

Cassaet rapproche la mort de ce malade de celle qui survient chez les ouvriers tubistes et a la conviction qu'elle a dû être causée par une embolie gazeuse. CZERNY.

Lésions professionnelles du limaçon, par HABERMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 8, *p.* 185, 24 *février* 1890).

Dans le limaçon d'un chaudronnier de 75 ans, devenu sourd, Habermann a constaté les lésions suivantes : Disparition des nerfs de la lame spirale au niveau du premier tour et atrophie des cellules ganglionnaires du canal de Rosenthal au même niveau ; cette atrophie se continue jusque dans le tronc des nerfs auditifs. L'organe de Corti manque au même point, tandis qu'il est conservé sur les autres circonvolutions.

Par suite de la contracture du muscle de l'étrier, la base de cet osselet est attirée en dehors.

Habermann rattache ces lésions à l'action des bruits intenses d'une tonalité élevée.

Dans la discussion, Steinbrügge rappelle que dans les inflammations et scléroses chroniques, c'est toujours par la circonvolution inférieure du limaçon que débute l'atrophie du nerf cochléaire et de l'organe de Corti. J. B.

Ueber die Entstehung der Cholesteatome des Mittelohrs, par HABERMANN, WALB, BARTH, KUHN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 8, *p.* 185, 24 *février* 1890).

Se fondant sur une nouvelle observation, Habermann maintient son opinion (*R. S. M.*, XXXIII, 279) que les cholestéatomes de la caisse tympanique avec perforation du tympan, peuvent provenir d'une prolifération de l'épiderme de la face externe de la membrane tympanique ou de la peau du conduit auditif externe.

Walb, s'appuyant sur ses propres observations, confirme cette pathogénie.

Barth regarde le cholestéatome comme un produit de rétention consécutif à la desquamation de la muqueuse de la caisse qui a subi une dégénération épidermoïdale.

De son côté, Kühn croit que dans beaucoup de cas il s'agit là d'une tumeur protopathique. (*R. S. M.*, XXXII, 295.) J. B.

REVUE GÉNÉRALE

LA GRIPPE en 1889-90

Par G. LYON

(Voir pour les indications bibliographiques, *R. S. M.*, XXXV, p. 744 et XXXVI p. 350.)

L'épidémie de grippe qui a sévi dans les derniers mois de l'année 1889 et au commencement de la présente année a suscité un nombre considérable de travaux, sur lesquels nous nous sommes appuyés pour en esquisser la physionomie. Nous pouvons dès maintenant formuler cette conclusion que la dernière épidémie n'a différé par aucun caractère essentiel des épidémies antérieures dont nous possédons la relation ; il serait assurément instructif, si nous disposions d'une place moins limitée, de comparer ces relations avec les documents récemment publiés et de montrer que bien peu de détails avaient échappé à la sagacité des cliniciens du commencement du siècle. Un point nouveau a cependant été mis en lumière, c'est la nature contagieuse de la grippe, qui jusqu'alors avait été mise en doute ; d'autre part, un intérêt particulier s'attachait aux recherches bactériologiques qui, pour la première fois, étaient pratiquées (si nous exceptons les travaux de Ménétrier sur la pneumonie grippale en 1886) ; maladie infectieuse au premier chef, la grippe doit reconnaître pour agent causal un microbe spécifique ; de nombreuses recherches faites en vue d'isoler cet agent sont restées infructueuses et le microbe de la grippe est encore à trouver ; par contre, les examens bactériologiques ont très nettement établi l'importance des infections secondaires, qui peuvent se manifester au cours de la grippe, et qui souvent ont occupé le premier plan dans la scène morbide ; on sait maintenant qu'un microbe vulgaire, le streptococcus, et que le microbe de la pneumonie peuvent acquérir une virulence toute spéciale chez les sujets en puissance de grippe et donner lieu à des complications qui ont imprimé à la dernière épidémie le caractère de gravité qu'elle a revêtu.

Marche de l'épidémie. — Les premiers cas de grippe ont été constatés en Russie dans les derniers jours du mois d'octobre ; au commencement de novembre, la maladie a pris nettement le caractère épidémique,

et s'est diffusée au point qu'un tiers de la population a été atteint. A Paris, la grippe paraît avoir éclaté le 26 novembre, est restée primitivement localisée au foyer initial (magasins du Louvre), puis s'est généralisée à la fin de la première semaine de décembre ; le maximum d'intensité a été atteint dans la première semaine de janvier, puis l'épidémie a été en décroissant et s'est éteinte au commencement de février, bien que l'on ait observé encore quelques cas isolés après cette échéance..

A Berlin, l'épidémie a fait son apparition à peu près en même temps qu'à Paris, puis à Vienne ; finalement elle s'est répandue dans toute l'Europe méridionale, a passé en Afrique, puis a été importée dans l'Amérique du Nord.

Il est nécessaire maintenant d'entrer dans le détail, afin d'élucider le mode de transmission de la maladie. Contre la contagion, on invoquait jusqu'ici la rapidité avec laquelle semble se diffuser la grippe, on prétendait même qu'elle se propage plus vite que ne circulent les moyens de transport les plus perfectionnés.

Au début de l'épidémie actuelle, les médecins les plus autorisés (Bouchard, Colin, etc...) se montrèrent peu favorables à l'idée de la contagion. M. Colin faisait à l'Académie la déclaration suivante le 17 décembre : « L'épidémie actuelle démontre, une fois de plus, son indépendance de tout transport par les communications humaines, traversant aussi vite les mers, les régions inhabitées, que les pays à population dense. Il n'y a que les agents physiques les plus rapides en leur propagation, la lumière, l'électricité, qui aillent aussi vite. Sans doute, le nouveau monde est atteint aujourd'hui comme l'ancien, et l'a été dans des conditions de rapidité supérieures à celles de la traversée des bâtiments les plus rapides. » Dans la même séance, M. Bouchard s'exprimait en ces termes : « La grippe frappe, il est vrai, un très grand nombre d'individus, mais c'est là une preuve qu'elle n'est pas contagieuse. Une maladie contagieuse ne peut frapper, en une seule nuit, 50,000 personnes, comme cela a eu lieu pour la grippe dans l'épidémie de janvier 1858. Il y a trois semaines, la maladie a été signalée à Saint-Pétersbourg, et pour se propager elle n'a pas suivi les voies du commerce humain. »

Parmi les non-contagionnistes il faut encore citer MM. Teissier (de Lyon), Renvers, Fürbringer, Baër, Becker, etc. Mais nombre de médecins, qui niaient la contagion au début, sont revenus sur leur opinion au déclin de l'épidémie, entre autres M. Bouchard.

C'est la marche de l'épidémie dans les petites localités qui a permis d'éclaircir la question en suspens ; là, en effet, on a pu suivre la transmission de proche en proche ; mais, même en ce qui concerne les grands centres, la propagation de la grippe est venue plaider en faveur du contage ; enfin, la marche générale de l'épidémie ne peut réellement être invoquée comme un argument contre la contagion. « L'épidémie débute à Saint-Pétersbourg ; de là elle gagne deux capitales, Paris et Berlin ; — des capitales elle s'étend aux villes de province ; — plus tard, elle envahit la province ; — plus tard, enfin, elle se répand dans tous les pays d'outre-mer. N'est-ce pas la marche naturelle d'une maladie se propageant par l'intermédiaire de l'homme, suivant la voie ordinaire des communications humaines. Il est donc inexact d'invoquer la diffusion

par l'air, l'influence du vent qui passe, l'action exclusive des agents extérieurs. » (Grasset.)

D'ailleurs, comme le fait remarquer avec raison M. Grasset, il n'est rien moins que juste de comparer la diffusion épidémique à la marche de la lumière et de l'électricité. Un mois pour s'étendre de Saint-Pétersbourg à Paris, quinze jours pour se rendre de Paris à Montpellier : « Nul besoin, dit-il, d'un train omnibus pour réaliser le trajet ! »

Comment l'épidémie s'est-elle propagée dans les grande villes? A Paris, un seul foyer est signalé au début; les premières personnes atteintes sont exclusivement des employés du Louvre ou des acheteurs, puis un deuxième foyer se constitue au bureau central des postes et télégraphes; enfin l'épidémie se généralise; mais ce sont toujours les grandes agglomérations, lycées, postes, banques, etc., qui sont les premières frappées. A Montpellier, la grippe est importée par un médecin qui rentrait de Paris, où il avait fait des emplettes au Louvre. La contagion peut être prise sur le fait dans les petites villes : « Un commerçant de Frontignan rentre de Paris le 15 décembre ; il a été atteint en route et arrive en pleine grippe. —Le 17, il invite dix personnes à savourer avec lui les provisions apportées de la capitale. — Le 19, sur les dix convives, cinq sont atteints à leur tour.— Le 18, l'amphitryon revient à son bureau, abandonné depuis quelques jours. Le 21, son deuxième employé, qui habite le village de Vic, situé à quelques kilomètres et qui n'avait pas été convié aux agapes de son patron, est frappé également. Il reste chez lui quatre jours; le cinquième, sa mère tombe malade; — jusque là, aucun cas n'avait été constaté à Vic; avant le 15, rien n'avait été signalé à Frontignan. A partir de ce moment, la diffusion est rapide. Le 24 décembre, on compte 15 ou 16 cas à Frontignan (l'épidémie procède par foyers successifs) et 5 ou 6 cas à Vic. » (Grasset.)

Tout aussi significative est la relation de l'épidémie de Montbéliard faite par M. Bouchard, d'après le Dr Tueffert : un habitant de Montbéliard, de passage à Paris, reste le 19 décembre une grande partie de la journée dans une infirmerie où étaient soignés des malades atteints de grippe. De retour à Montbéliard, il est frappé par la grippe le 13; le 17 ses deux filles sont atteintes; le 19 son fils ; le 20 un ami de ce dernier ; le 21 le père de cet ami ; le 23 le beau-frère du précédent. Le même jour la femme du premier malade est atteinte en même temps que trois jeunes gens parents ou amis des derniers. Ainsi, en dix jours, on a pu suivre l'apparente filiation du mal chez onze personnes.

Comme l'a fait remarquer avec raison Nothnagel, il était rare d'observer dans une demeure un cas isolé. « On voit, dit-il, des familles dans lesquelles un des membres est pris d'abord, puis, presque en même temps, tous les membres de la famille sont atteints. Il semble que le premier ait introduit le contage dans la maison et que tous les autres en aient subi les atteintes du même coup. »

Poursuivons notre enquête : dans la Seine-Inférieure, les premiers cas ont fait leur apparition dans les grands centres, et presque simultanément à Rouen, au Havre, à Dieppe, ce qui s'explique par les communications incessantes et quotidiennes entre ces trois villes et Paris. De là, la maladie a rayonné vers les agglomérations moins nombreuses, puis a gagné les campagnes, les maisons isolées, les animaux. (Brunon.) Les

premiers cas observés par le Dr Buffet venaient de Paris ; il s'agissait de personnes ayant fait des achats dans les magasins du Louvre ; dans une douzaine de cas, les malades avaient ouvert des caisses de marchandises arrivant de ces mêmes magasins.

Le vaisseau-école la *Bretagne*, monté par 850 hommes d'équipage, se trouvait en rade de Brest avec 244 malades depuis le 11 décembre. L'épidémie s'y est propagée de la façon suivante : le 11 décembre, un officier reçoit de Paris un gros colis qu'il déballe lui-même ; trois jours après il est atteint. Le lendemain et le surlendemain, sa femme et ses trois domestiques sont frappés. Ce sont les premiers cas survenus à Brest. — Cet officier vient à bord le 14 et y passe 24 heures. Le 16, un cas est constaté chez un adjudant, et le 17 l'épidémie éclate, frappant de 20 à 45 hommes par jour. Les officiers et les sous-officiers atteints, autorisés à aller se soigner chez eux, communiquent la maladie à leurs familles. (Danguy des Déserts.)

M. Duflocq est appelé le 24 décembre pour voir la directrice d'un asile qui renferme environ 80 personnes, toutes jeunes femmes de 18 à 25 ans. Les pensionnaires y sont pour ainsi dire cloîtrées ; les visiteurs ne dépassent pas le parloir et sont reçus uniquement par la directrice. Celle-ci est atteinte la première ; deux jours après, quelques pensionnaires sont atteintes à leur tour.

Sur le paquebot *Saint-Germain*, la grippe a été introduite par un passager venant de Madrid où régnait la grippe et embarqué à Santander ; ce passager est pris de grippe le lendemain de son arrivée à bord ; quatre jours après, le médecin du bord est grippé, puis c'est le tour d'un soutier, et finalement la maladie se généralise. 154 passagers sur 436 sont atteints. (Proust.)

Au Val-de-Grâce, Antony a vu un cas de grippe se produire à la suite de l'installation, dans les lits voisins, de sujets grippés arrivant du dehors ; les entrants avaient été disséminés dans les salles, un peu au hasard, généralement près des malades les moins graves ; ceux-ci furent atteints à leur tour, de un à quatre jours après l'admission de leurs voisins. Huit grands malades, qui avaient été relativement isolés, restèrent indemnes de toute manifestation grippale ; au même hôpital, dans le service des maladies contagieuses, aucun des 15 malades en traitement n'a contracté la grippe. (Burlureaux.)

Certains cas d'immunité due à l'isolement servent de contre-épreuve (Grasset) ; tel est le fait rapporté par Hirsch, qui a constaté l'immunité des membres d'un couvent de femmes auxquelles toutes communications avec l'extérieur sont interdites.

Ces quelques faits, pris parmi la masse de ceux qui ont été publiés, triomphent aisément des arguments apportés par les adversaires de la contagion. Fürbringer, sur 1000 malades admis à l'hôpital de Friedrichshaim, depuis le début de l'épidémie, n'a pas vu un seul cas intérieur se développer dans les salles ; quant au personnel hospitalier, il a été peu atteint ; Becker nie également la contagion, etc.

Les quelques exemples choisis par nous prouvent suffisamment que la grippe peut se transmettre de l'homme malade à l'homme sain ; mais la notion de contagion ne doit pas nous faire perdre de vue les *influences*

cosmiques qui jouent certainement un rôle très important dans la diffusion de la grippe.

Le fait suivant, rapporté par Duflocq, est des plus instructifs : « Deux maçons grippés, venant de Paris, arrivent le 22 décembre dans le bourg de Saint-Germain-Beau-Pré (Creuse), où il n'existait aucun cas de cette maladie. Le 25 décembre, la mère de l'un d'eux est prise par la grippe. Ces trois cas restent isolés jusqu'au 4 janvier. Ce jour-là, il fait une chaleur excessive; dans l'après-midi, le temps devient orageux; il tonne violemment à plusieurs reprises; dans la soirée même et la journée du lendemain, 150 personnes sont prises par la maladie; ce fait est intéressant au point de vue des conditions météorologiques, qui favorisent la culture et la dissémination du germe infectieux de la grippe. On peut comparer ce qui s'est passé dans cette circonstance, en matière de grippe, à ce qui se passe pour certains parasites des végétaux, tels que le mildew, dont la pullulation et l'envahissement se font pour ainsi dire instantanément sous l'influence de certaines modifications atmosphériques, alors que jusque-là quelques plants seulement étaient infectés. » (Duflocq.)

La grippe n'est pas seulement transmissible par *contage direct; l'air* et les *objets* peuvent servir de véhicule pour la diffusion des germes. La contagion par l'air n'est contestée par personne, la contagion par les objets, les vêtements ressort avec évidence de ce qui vient d'être dit : dans un grand nombre de localités, la grippe a éclaté peu après la réception d'objets ou de vêtements provenant de foyers de grippe. Enfin la grippe se transmet *de l'homme à l'animal;* entre autres faits, ceux rapportés par M. Ollivier sont des plus probants : une dame grippée suçait des morceaux de viande qu'elle rejetait sur son assiette; son chat en avala quelques-uns et mourut au bout de quelques jours, après avoir présenté les symptômes les plus caractéristiques de la grippe. Un autre chat atteint de grippe et présentant un coryza avec jetage abondant contagionna, très probablement par le mucus nasal qui s'écoulait dans la pâtée commune, d'autres chats dont il partageait les repas.

En résumé, la plupart des médecins admettent que la grippe est contagieuse; qu'une fois introduite dans une localité, elle peut se propager de différentes façons, par l'air, l'eau, les objets, les animaux, le contage direct. Ce qui a contribué jusqu'à maintenant à effacer le rôle de la contagion, ce sont les allures essentiellement épidémiques de la maladie, mais l'épidémicité n'exclut pas la contagion.

Il est difficile d'évaluer la *proportion* des personnes qui ont été atteintes, par rapport au chiffre total de la population; cette proportion a d'ailleurs été très variable, suivant les régions; elle semble avoir été d'autant plus forte que l'agglomération était plus considérable; à Paris, on admet que les deux tiers environ des habitants ont été atteints.

Les *hommes* ont été atteints en plus grand nombre que les femmes, sans doute parce qu'ils sont astreints en général à de plus rudes travaux et prennent moins de précautions.

La grippe a frappé tous les *âges;* cependant les enfants ont été proportionnellement moins atteints que les adultes; nous verrons plus loin que chez eux la grippe s'est montrée généralement fort bénigne; les nouveau-nés ont présenté une immunité complète.

Au point de vue des *professions,* rien de précis : les uns admettant que les professions sédentaires ont augmenté les chances de maladie, les autres croyant que les gens soumis aux travaux de plein air ont fourni le plus grand nombre de malades.

La *durée* relative de l'épidémie dans chaque localité a été des plus variables; dans la Seine-Inférieure, c'est en général quinze jours après le début, pour une localité donnée, que l'épidémie a atteint son apogée; l'épidémie a été en général beaucoup plus courte et plus bénigne à la campagne qu'à la ville; elle a duré un mois à un mois et demi en moyenne dans chaque endroit.

Incubation. — La période d'incubation, dans les cas où elle a pu être constatée, s'est toujours montrée très courte. Au Val-de-Grâce, 11 cas intérieurs sur 15 se sont produits de 1 à 4 jours après l'installation d'un grippé dans un lit voisin; l'incubation a été de 1 jour dans 2 cas, de 2 jours dans 4 cas, de 3 jours dans 4 cas et de 4 jours dans 1 cas (Antony); elle fut de 48 heures dans un cas de Masing.

Début. — Le début a été souvent *brusque*. Grasset cite le cas d'une dame qui, subitement atteinte au cours d'une visite chez sa fille, fut obligée de s'aliter sur-le-champ. — Un négociant, en descendant les marches de la Bourse du Havre, fut pris violemment d'un frisson et de vives douleurs dans les genoux, etc.

Dans d'autres cas, l'invasion a été moins *soudaine*. Un léger malaise a précédé de deux ou trois jours, plus souvent de vingt-quatre heures l'apparition de la fièvre; c'était un rhume léger, une angoisse vague, sans caractère précis; puis la fièvre s'allumait, le pouls montait à 100°, la face devenait vultueuse, la peau chaude et sèche, la sensation de brisement s'accentuait, et la maladie était constituée.

Il est impossible de retracer le tableau de toutes les variétés cliniques que les médecins ont observées; autant de malades, autant de types morbides distincts par le mode de début, la durée, la prédominance de tel ou tel symptôme, les complications, etc. La plupart des médecins admettent trois formes principales : *forme nerveuse, thoracique, gastro-intestinale,* les symptômes de l'une et de l'autre pouvant d'ailleurs s'associer. La caractéristique de l'épidémie actuelle a été la fréquence des formes nerveuses pures, contrairement à l'opinion qui associe si volontiers l'idée de grippe à celle de catarrhe. Pour la commodité de la description, nous passerons en revue les symptômes et les complications observés, en les groupant par appareil; nous n'avons pas d'ailleurs de signes nous permettant d'établir une distinction entre les symptômes proprement dits de la grippe et ses complications, puisque l'agent spécifique de la grippe est encore inconnu.

Système nerveux. — Forme nerveuse. — La forme nerveuse a été la note dominante au début.

Le système nerveux central, le système périphérique et le sympathique étaient indifféremment touchés. C'est surtout dans les formes nerveuses que les débuts brusques, sidérants ont été observés. Ainsi Cazenave de la Roche a signalé un début à forme hémiplégique; le malade, homme de 75 ans, tomba brusquement à terre, et l'on constata la perte du mouvement et de la sensibilité dans le bras gauche.

Tantôt l'*encéphale* était surtout atteint, et les malades accusaient alors

une céphalalgie à caractères variables, gravative, avec des élancements sourds, ou lancinante en coups de marteau, ou bien les malades se plaignaient d'une légèreté anormale, de vide cérébral; ils se disaient serrés au front, aux tempes, mais plus souvent localisaient les douleurs dans l'orbite; cette céphalalgie était toujours accompagnée d'un abattement qui allait quelquefois jusqu'à la prostration.

On a observé quelquefois des désordres psychiques qui par leur gravité ou leur rareté ont constitué de véritables complications. M. Joffroy a cité un cas de délire aigu avec agitation maniaque qui se prolongea pendant deux semaines, mais finit par guérir : « Plus souvent c'était un délire à conceptions suivies et raisonnées. Une fillette de 10 ans parle durant une journée entière de ses futures funérailles; elle insiste avec complaisance sur cette idée, donne tous les détails et fait avec soin le dénombrement des personnes qui devront assister à la cérémonie. Un jeune homme se dispose à sortir en chemise de sa demeure pour obéir à l'idée dominante de son délire, et n'est maintenu dans son lit qu'avec peine. Une jeune fille réalise tout d'un coup une crise d'hystérie à forme délirante qui dure une heure et demie... Une quatrième malade voyant entrer un médecin appelé à la soigner se met à pousser des cris de terreur. » (Grasset.)

Bilhaut a signalé deux cas d'épilepsie jacksonienne; Erlenmeyer a observé un cas analogue (pendant la convalescence). Aux symptômes d'ordre céphalique, il convient d'ajouter l'insomnie, l'agitation, l'anxiété qui atteignaient leur maximum chez les individus de tempérament nerveux; la forme nerveuse adynamique au contraire frappait de préférence les individus surmenés, présentant une tare par le fait d'une cardiopathie, du diabète (Ballet).

Les méningites suppurées ont été relativement fréquentes, le plus souvent consécutives à des otites ou à des pneumonies, et dues suivant les cas au streptococcus ou au pneumocoque de Frænkel; à côté de ces accidents à évolution fatale, on a cité quelques cas de phénomènes nerveux pseudo-méningitiques simulant tous les symptômes de la méningite, mais se terminant par la guérison (Gaucher, Sevestre, etc).

Dans d'autres cas, il y a eu prédominance de *symptômes bulbaires;* le premier jour trois ou quatre syncopes étaient la première manifestation de la maladie (Duflocq), ou bien les malades étaient pris d'un vertige brusque et intense, de douleurs dans la nuque (par hyperesthésie bulbaire, Peter); d'autres fois le syndrome bulbaire était encore plus accentué; outre les syncopes, il survenait de la lenteur du pouls, de l'arythmie et même des intermittences cardiaques, des symptômes graves de collapsus cardiaque et même des accès douloureux rappelant l'angine de poitrine. M. Peter a d'ailleurs signalé plusieurs cas de grippe nerveuse avec phénomènes d'angor pectoris; l'un des malades succomba en pleine attaque.

Chez une troisième catégorie de malades, c'étaient des *symptômes médullaires* qui ouvraient la scène; les malades ressentaient une grande faiblesse dans les jambes, et certains seraient tombés s'ils avaient essayé de sortir de leur lit, ou bien ils éprouvaient des douleurs lombaires tellement vives que l'on a pu croire dans quelques cas à un début de variole (Ribail); enfin d'autres fois les douleurs articulaires consti-

tuaient le symptôme initial, surtout les douleurs au niveau des genoux, et, dans ces cas, on ne pouvait s'empêcher de songer à la dengue; les déterminations médullaires graves ont été rares. M. Féréol a cité un cas de myélite ascendante aiguë, terminée par la mort, chez un malade d'ailleurs morphinomane et nosomane; un autre cas de mort par la même cause est relaté par M. Laveran; on a cité également des paraplégies passagères (Bilhaut, Bybalkin), des paralysies vésicales.

Les troubles dus à des lésions des *nerfs périphériques* ont été fréquemment constatés. Remak a observé chez un homme de 50 ans une paralysie flasque des quatre membres, due à une polynévrite aiguë. Les névralgies ont été d'une fréquence extrême, soit dans le cours, soit surtout pendant la convalescence de la grippe : névralgies du trijumeau (Nothnagel), intercostales (Jasiewicz), sciatiques (Leyden), et névralgies à localisations rares (du nerf occipital, de l'auriculaire, etc.).

Enfin, dans quelques circonstances, c'est un état de *névrose* qui a dominé la scène; l'hystérie a été quelquefois le prélude de la grippe, ou bien elle est survenue dans son cours ou s'est réveillée pendant la convalescence (Duhomme); d'autres fois le malade a présenté le tableau complet de la neurasthénie, se plaignant d'un accablement inexprimable, ne répondant aux questions qu'à grand'peine, d'une voix faible, et annonçant sa mort prochaine.

Il est inutile de dire que les différents symptômes qui viennent d'être énumérés étaient fréquemment associés; ce que l'on rencontrait le plus fréquemment, c'était la céphalalgie, jointe aux douleurs dans les articulations et les masses musculaires; plus rares étaient les vertiges et les syncopes. La localisation de la grippe sur le système nerveux a été parfois déterminée par l'état antérieur du sujet surmené ou névropathe, d'autres fois l'action de l'agent infectieux ou de ses produits toxiques s'est produite de préférence sur l'axe cérébro-spinal, sans cause appréciable. Les accidents ont évolué tantôt avec une élévation souvent considérable de la température, tantôt avec une apyrexie complète. D'autre part, les signes du côté de l'appareil respiratoire ont fait le plus souvent défaut dans la forme nerveuse; par contre, il n'était pas rare d'observer une toux quinteuse, déchirante, s'accompagnant de douleur rétro-sternale.

Appareil respiratoire. — Forme thoracique. — Dans sa forme la plus simple, la grippe à type respiratoire affectait les allures d'un rhume vulgaire, sans fièvre, quelquefois sans perte de l'appétit, mais souvent aussi avec des phénomènes d'abattement hors de proportion avec les signes thoraciques, et qui permettaient de faire le diagnostic.

Les diverses parties de l'appareil respiratoire ont souvent été prises isolément; la grippe a épuisé toutes les séries des localisations, allant de la laryngite à la trachéite, la bronchite, la broncho-pneumonie, la pleurésie.

Avant de passer en revue ces diverses localisations, il faut citer la *dyspnée*, « sine materia », si fréquemment observée, attribuée avec vraisemblance par Nothnagel à l'action de l'agent infectieux sur le nerf phrénique et le pneumogastrique.

Le *coryza* a souvent marqué le début de la maladie; mais la fluxion oculo-nasale, que l'on donne si souvent comme un des signes initiaux et qui rend parfois le diagnostic si délicat entre la grippe et la rougeole,

ne s'est pas retrouvée dans la dernière épidémie avec sa fréquence accoutumée (Duflocq); parfois le coryza s'est manifesté avec une extrême violence, provoquant une abondante sécrétion de mucus, d'abord limpide, puis glaireux, épais et verdâtre (Jaccoud); cet écoulement est même devenu purulent dans certains cas (Cézilly); chez quelques sujets, la rhinite est devenue chronique et s'est accompagnée d'exulcération; le catarrhe de la trompe d'Eustache a certainement été l'origine de la plupart des otites moyennes.

Le *larynx* a souvent été intéressé, tantôt au début, tantôt après la chute de la fièvre; la voix devenait rauque et bitonale et il survenait au niveau du larynx une sensation de chaleur et de picotements; le plus habituellement tout se dissipait au bout de trois ou quatre jours; d'autres fois les symptômes laryngés présentaient une réelle gravité et revêtaient l'aspect clinique de l'œdème de la glotte (dyspnée intense, tirage sus-sternal, angoisse extrême); la guérison était habituelle (Duflocq); néanmoins la trachéotomie a été nécessitée dans quelques cas par l'apparition d'un œdème glottique suraigu (médecins danois). M. Cartaz, dans ses examens laryngoscopiques, a retrouvé dans un cas les exulcérations catarrhales signalées par Heryng dans certaines formes de laryngites. Moure a également observé les ulcérations des cordes vocales. Schæffer a signalé de petits abcès au niveau des cordes vocales; mais le plus souvent on n'a trouvé dans la laryngite grippale que de la rougeur et du gonflement des cordes vocales et de la muqueuse interaryténoïdienne; enfin on a observé la paralysie passagère des cordes vocales (Michel).

Signalons la *trachéite,* sans y insister. La *bronchite* a été très fréquente (un sixième des cas environ), souvent peu intense, également disséminée dans les deux poumons, réduite à quelques râles sibilants et muqueux; elle s'est quelquefois localisée au sommet, d'autres fois elle a suivi une marche progressive, se transformant ainsi en bronchite capillaire; elle n'a été grave que pour les emphysémateux, les cardiaques, les brightiques, les vieillards, en déterminant la dilatation du cœur droit et une véritable asystolie d'origine pulmonaire. L'un des caractères de cette bronchite a été l'établissement extrêmement rapide de la purulence; on a fait observer que les crachats présentaient souvent la forme nummulaire des crachats des phtisiques (Peter).

M. Huchard a insisté sur une *forme broncho-plégique,* véritable parésie des bronches, caractérisée par une dyspnée intense et l'absence de tout signe physique.

Avec la *congestion pulmonaire,* on entre dans les formes graves de la grippe; souvent isolée, elle se montrait soit au décours de la maladie, soit pendant la convalescence, ou bien accompagnait la pneumonie et siégeait dans le même poumon ou dans une partie du poumon du côté opposé; enfin congestion et pleurésie ont souvent marché de pair. La congestion s'est rencontrée de préférence chez les individus ayant eu déjà ou ayant encore des affections pulmonaires; elle a été remarquable par son insidiosité (Duflocq); souvent l'auscultation seule a permis d'en révéler la présence, le point de côté initial, la toux, l'expectoration faisant défaut; le souffle doux, étalé, spécial à la congestion n'était pas toujours très manifeste, et c'est surtout à la fin des inspirations qu'on pouvait percevoir un bruit légèrement soufflé; Duflocq insiste sur les

extensions progressives, les arrêts, les reprises qui ont souvent caractérisé l'évolution de la congestion. M. Huchard a distingué deux variétés : l'une hémoptoïque, s'accompagnant d'expectoration mousseuse, colorée ; l'autre passive, atélectasique, d'une durée plus longue, conséquence de l'affaissement pulmonaire déterminé par la diminution de la contractilité bronchique et de l'élasticité des vésicules. M. Ferrand a signalé également cet état atélectasique (caractérisé par la diminution du murmure vésiculaire avec exagération de la résonnance et augmentation des vibrations thoraciques); il préluderait à la congestion proprement dite, et pourrait tenir à la parésie du nerf vague (faits analogues signalés par Landau, l'un des historiens de l'épidémie de 1837).

La *broncho-pneumonie* a été l'une des complications les plus fréquentes et aussi les plus graves ; il n'est guère possible d'en séparer la description d'avec celle de la *pneumonie* grippale, toutes deux réunies d'ailleurs par le caractère infectieux de leurs manifestations ; elles ont débuté le plus souvent du 7e au 10e jour, ou bien au moment de la convalescence ; elles ont été remarquables par leur début insidieux, l'absence fréquente de frisson initial, l'élévation irrégulière mais graduelle de la température, l'absence de point de côté; en un mot les signes révélateurs étaient le plus souvent les signes stéthoscopiques seuls; l'expectoration de la pneumonie différait sensiblement de ce qu'elle est dans la pneumonie franche : les crachats étaient plus sanglants, moins visqueux, moins adhérents et ne rappelaient en rien les crachats rouillés; tantôt on constatait un seul foyer d'hépatisation, tantôt ces foyers étaient multiples, essentiellement mobiles, la pneumonie s'attaquant successivement à différents points du poumon, ou passant d'un côté à l'autre, enfin quelquefois double d'emblée ; les signes physiques eux-mêmes étaient modifiés, le souffle était moins rude, les râles crépitants plus rares; enfin la défervescence se faisait lentement, par poussées successives du 6e au 12e jour, souvent marquée par des sueurs abondantes ; malgré ces modifications d'allures, rien n'a distingué les pneumonies grippales des pneumonies qui peuvent survenir au cours d'autres maladies infectieuses; comme ces pneumonies secondaires, elles ont souvent passé à la suppuration, et leur caractère infectieux s'est traduit par l'adynamie précoce, l'albuminurie, la fréquence des localisations extra-pulmonaires, méningites, endocardites, otites, etc.) ; elles se sont quelquefois terminées par *gangrène* (3 cas de Kundrat) ou ont donné lieu à la formation d'*abcès*.

Les *pleurésies* grippales ont affecté trois formes principales (Baboun): tantôt il s'agissait de pleurésies banales, sèches ou séro-fibrineuses, ces dernières souvent associées à la congestion pulmonaire, mais n'influençant pas sensiblement l'évolution de la grippe; tantôt l'épanchement survenait au déclin de la grippe, évoluait très rapidement en deux ou trois jours, sans réaction fébrile; c'était une véritable crise qui marquait la fin de la maladie; tantôt enfin c'étaient des pleurésies purulentes, succédant le plus souvent à des broncho-pneumonies, à des pneumonies, mais pouvant aussi survenir d'emblée ; le pronostic était essentiellement différent, suivant qu'il s'agissait de pleurésies métapneumoniques ou de pleurésies à streptocoques (Vaillard, Bouchard, Netter, etc.) ; dans le premier cas le début était insidieux, la fièvre modérée, le pus crémeux, épais, peu

abondant, les vomiques fréquentes, la tendance à la guérison la règle ; M. Letulle a observé une pleurésie interlobaire qui guérit, quinze jours après le début de la vomique ; les cultures montrèrent qu'elle était uniquement due au bacille encapsulé de Friendländer. Dans le second cas, au contraire, le point de côté initial était violent, le fièvre intense avec exacerbation vespérale; le liquide, d'un jaune sale, se reproduisait rapidement après la ponction, et l'empyème était nécessaire.

Le *pneumothorax* a compliqué quelquefois la pleurésie purulente (Laveran).

La *grippe des animaux* a été surtout une grippe à forme thoracique ou une grippe à forme érysipélateuse (du moins chez le cheval) avec symptômes gastro-intestinaux graves, pétéchies, gonflement érysipélateux de la peau (Bollinger).

Appareil digestif. — forme gastro-intestinale. — Les fonctions digestives n'ont pas toujours été atteintes, quelquefois l'appétit s'est maintenu et la langue est restée humide et rosée; le plus souvent les troubles digestifs ont été au contraire très marqués.

On a signalé des *pharyngites* érythémateuses; M. Cartaz, dans trois cas a observé au début un érythème pharyngé qui chez un malade avait tout à fait l'aspect d'une angine scarlatineuse ; dans deux autres cas l'angine s'est terminée par un abcès du voile du palais et une amygdalite suppurée.

L'anorexie absolue, les nausées avec ou sans vomissements, le tympanisme abdominal, la diarrhée ou la constipation, l'une pouvant d'ailleurs alterner avec l'autre, ont été les symptômes *gastro-intestinaux* prépondérants ; la diarrhée a été observée comme phénomène critique au moment de la défervescence ; quelques auteurs ont insisté sur la fétidité excessive des selles; enfin on a signalé une véritable entérite cholériforme (Grasset, Duflocq), suivie parfois de convulsions et de coma (Holtz), et la périthyphlite (Féréol), d'autre part on a parfois constaté la présence de sang dans les garde-robes (entérite dysentériforme).

L'*hypertrophie de la rate* a été souvent constatée (Fürbringer, G. Sée, Potain, Kernig, Lieven, Guyot, Chantemesse, etc)., mais sa fréquence a été discutée ; Comby dit n'avoir rencontré qu'une fois l'augmentation de volume de la rate sur cinq autopsies ; en somme, c'est au degré infectieux de la maladie que s'est mesuré le degré de fréquence de l'hypertrophie splénique.

Les déterminations gastro-intestinales ont parfois revêtu les allures de la fièvre typhoïde; l'erreur était facile à commettre lorsqu'il existait des épistaxis répétées, de la douleur dans la fosse iliaque, de la diarrhée, de l'albumine dans les urines, un état de demi-coma ; la forme désignée par M. Huchard sous le nom d'embarras gastrique infectieux et caractérisée principalement par la persistance de l'anorexie, l'état saburral de la langue, l'hypertrophie de la rate, la prostration extrême des forces, etc. est à rapprocher de la précédente.

Comme complication très rare signalons la *péritonite* suppurée (Kundrat, Guyot), accompagnant la pleurésie purulente.

Appareil cardio-vasculaire. — Les *épistaxis* ont été fréquentes, mais rarement inquiétantes par leur intensité, Holtz signale cependant un cas où l'épistaxis a failli entraîner la mort, les *autres hémorragies* ont été

beaucoup plus rares ; on a surtout observé les hématuries (Umpfenbach) et les métrorragies.

Laveran, Ferrand ont signalé quelques cas de *phlébite*.

Les *troubles du côté du cœur* ont été attribués tantôt à des troubles de l'innervation, tantôt à de la myocardite ; rappelons la fréquence des lipothymies, des syncopes, les accès d'angor pectoris, l'arythmie, les intermittences, la lenteur du pouls. M. Huchard a appelé l'attention sur le pouls instable, qui a été retrouvé par nombre d'autres observateurs, et qui d'ailleurs peut exister dans d'autres maladies infectieuses ; le pouls normal comme rythme et fréquence, quand le malade était dans le décubitus dorsal, pouvait monter de 80 à 120 pulsations, par exemple dès que le malade se mettait sur son séant ; ces troubles sont peut-être d'origine bulbaire.

D'après M. Féréol plusieurs morts rapides pourraient être mises sur le compte de la *myocardite*.

La *péricardite* sèche a été signalée (Legendre) ; Kundrat a rencontré deux péricardites suppurées.

Appareil génito-urinaire. — Les *urines* étaient en général diminuées de volume, boueuses et uratiques, et contenaient souvent de l'albumine. M. Hayem a signalé l'urobilinurie, qui aurait été proportionnelle à la gravité des manifestations de la grippe ; M. Huchard a constaté la diminution des phosphates ; M. Fernet les a, au contraire, trouvés augmentés; on a signalé des cystites et même des néphrites ; Leyden a rapporté un cas de *néphrite aiguë* chez une jeune femme de 28 ans ; à l'autopsie on trouva les altérations glomérulaires décrites par Klebs : les néphrites grippales sont peut-être le point de départ du mal de Bright ?

Comme toutes les maladies infectieuses, la grippe a parfois déterminé l'*avortement* (de Backer, Meyer, Trossat, Petit, Gottschalk, etc.) l'accouchement prématuré (Lepage), elle a prédisposé aux accidents puerpéraux, amené la suppression des règles ou provoqué au contraire des métrorragies (Bœrmer, Gottschalk.)

Celles-ci paraissent avoir été indépendantes des trompes et des ovaires, en effet Gottschalk a vu survenir une métrorragie chez une femme qui avait subi l'extirpation des annexes en avril 1889. On a signalé la congestion ovarique se traduisant par la douleur à la pression.

Manifestations cutanées. — L'apparition de crises sudorales a souvent marqué le début de la défervescence (Gaudichier) ; on a signalé nombre de cas de grippe avec exanthèmes ; ces manifestations cutanées ont dérouté certains médecins, elles sont cependant connues depuis fort longtemps et on les décrivait ainsi dans la relation de l'épidémie de l'an IX (1803) : « Visage gonflé, rougi; gonflement douloureux de la face présentant un caractère érythémateux, crise imparfaite de douleurs rhumatismales sur les membres ; piqueté framboisé de la muqueuse du pharynx ; très souvent éruptions fébriles et non fébriles, preuves pathologiques, dans cette épidémie, de l'analogie qui existe entre le système des membranes muqueuses et l'organe cutané. » Les éruptions se sont présentées le plus souvent sous l'apparence d'érythèmes scarlatiniformes ou rubéoliques ; d'autres fois il s'agissait de roséole, d'urticaire, d'herpès (Hawkins, Ebermann, Peterson, Kernig) ; Moritz a vu le purpura dans un cas, Bilhaut le zona et Béla l'érythème papuleux ; enfin on a noté des

œdèmes fugaces de la face ; ces éruptions ont surtout été fréquentes au début de la maladie ; elles apparaissaient en général le deuxième jour et n'avaient qu'une durée éphémère ; elles n'exerçaient aucune influence sur l'évolution de la grippe ; ces déterminations cutanées sont les mêmes que l'on retrouve dans nombre de maladies infectieuses comme la diphtérie et le choléra.

L'érysipèle de la face a été signalé dans quelques cas comme complication de la grippe ; rien d'étonnant à cela, puisque les grippés sont dans des conditions éminemment favorables au développement du streptococcus. Un médecin au cours de la grippe eut un érysipèle de la face assez grave ; peu de jours après sa domestique fut atteinte de pneumonie grippale et succomba.

M. Leloir (de Lille) a observé 14 cas de furoncles siégeant au cou et à la nuque et survenus pendant la convalescence. Duchesneau a signalé un cas de gangrène du pied ; enfin les abcès sous-cutanés ont été assez fréquents.

Déterminations ganglionnaires. — Les ganglions superficiels, les parotides (Jarre), le corps thyroïde (Gaucher) ont été souvent le siège d'infections secondaires. Un malade de Holtz présenta différents symptômes de compression du sympathique, dus à l'augmentation de volume du corps thyroïde.

Organes des sens. — Les complications *auriculaires* ont été les plus fréquentes après les pulmonaires. M. Després (Seine-Inférieure) sur 600 cas de grippe a traité 35 otites ; tous les médecins auristes (Lœwenberg, Zaufal, Politzer) ont insisté sur ce point ; au degré le plus atténué tout s'est réduit à des bourdonnements, de légers troubles catarrhaux ; les véritables complications auriculaires ont été de deux sortes : tantôt il s'agissait de l'otite moyenne commune, se distinguant seulement par une période prodromique plus courte, des douleurs plus vives que dans l'otite simple, l'abondance de l'écoulement du pus, la fréquence des complications mastoïdiennes (18 cas de Politzer) ; tantôt c'étaient des myringites avec phlyctènes remplies de sang à la périphérie du tympan et épanchement séreux ou purulent dans la caisse (Dreyfuss, Eitelberg) ; enfin on a signalé une forme périostique de l'otite aiguë à marche plus lente, avec fusée purulente le long du périoste, au-dessous du tympan et pouvant respecter l'ouïe.

Les otites grippales se sont montrées le premier ou le deuxième jour de l'attaque, en même temps que les manifestations catarrhales du côté du nez et du pharynx, ou bien ne sont survenues que huit ou dix jours après l'attaque ; elles ont été bénignes dans la grande majorité des cas ; elles se sont très rarement compliquées d'accidents du côté des méninges ou de l'encéphale.

Aucune des parties constituantes de *l'appareil de la vision* n'a été à l'abri de complications ; l'accident le plus grave mais le plus rare a été le phlegmon périorbitaire ou orbitaire.

Fuchs a vu 4 cas de ténonite ; dans l'un le pneumocoque fut retrouvé. Du côté des paupières on a signalé un œdème assez prononcé pour maintenir l'occlusion de l'œil (Lebowicz, Landolt), des abcès symptomatiques d'une suppuration de l'orbite (Fuchs) ou du sinus maxillaire (Weichselbaum), ou simplement des orgelets (Sous).

L'œdème, coincidant ou non avec la conjonctivite, s'installait subitement pendant la convalescence ; c'était un œdème mou, non douloureux. Les abcès sont survenus parfois assez longtemps après la disparition des symptômes de la grippe, ils étaient remarquables par la fétidité du pus. Les conjonctivites ont été très fréquentes (C. purulentes, pustuleuses! hémorragiques), mais souvent tout s'est réduit du côté de la conjonctivite à de l'injection et du larmoiement. Du côté de la cornée on a noté des kératites infectieuses, notamment une kératite à forme serpigineuse, rebelle, mais sans grande tendance à la production d'hypopion ou d'ulcères perforants (Delacroix) ; M. Galézowski a surtout observé des kératites à forme herpétique, avec ulcérations superficielles sous forme d'une zone triangulaire, anesthésie au niveau de l'ulcération et douleurs névralgiques périorbitaires intenses. L'iris a été rarement touché (un cas de Hans Adler) ; le même auteur a rapporté deux cas de glaucome. On a signalé différents troubles visuels ; l'amblyopie, la xanthopsie sans ictère (Brieger), la dyschromatopsie (Gorecki), la micropsie (Chevallereau), l'atrophie de la papille (Bergmeister), la névrite rétrobulbaire (Kœnigstein), enfin la migraine ophtalmique (Parent). — Les paralysies incomplètes des muscles de l'œil, surtout de la troisième paire ont été observées par Gorecki, Valude, Bettremieux, Uthoff, Bergmeister, Kœnigstein, van den Bergh, etc. Dans un cas d'Uthoff la paralysie de l'accommodation s'est compliquée d'une ophtalmoplégie externe à marche progressive et de phénomènes de paralysie bulbaire ; Uthoff a fait observer les analogies qui existent entre les paralysies oculaires observées dans la grippe et les paralysies postdiphtéritiques. Il reste à signaler les douleurs observées si fréquemment au pourtour des globes oculaires et que quelques médecins ont voulu localiser dans les muscles de l'œil ; quant à la douleur rétro-oculaire si violente, constatée quelquefois à la période d'invasion, Bettremieux l'a attribuée à une poussée inflammatoire dans la capsule de Tenon.

Fièvre. — La fièvre a manqué dans nombre de cas ; d'autres fois sa durée a été exceptionnellement courte ; un individu, au milieu d'une promenade, fut pris subitement d'un frisson et d'un accès de fièvre; la température s'éleva aussitôt à 39,8, et trois heures après elle était revenue à son état normal (Huchard). — L'ascension thermique a d'ailleurs toujours été rapide et l'acmé atteinte le 1er ou le 2e jour ; presque immédiatement après, la défervescence s'est faite par oscillations descendantes; rarement on a observé une défervescence critique analogue à celle de la pneumonie ; la durée moyenne de la fièvre a été de 3 ou 4 jours (Frentzel) ou de 8 jours d'après Laveran. Dans certains cas la fièvre s'est prolongée jusqu'au 15e, au 17e ou au 24e jour, sans qu'il y ait eu complication pulmonaire ou autre. On a pu voir quelquefois après un intervalle apyrétique de 4 à 6 jours, la température s'élever de nouveau. Le maximum de température constaté par Laveran a été de 41°,6 ; la température de 41 degrés a été plusieurs fois atteinte ; celle de 40 degrés l'a été souvent. Dans les formes légères, la température de 39 degrés à 39°,5 n'était pas dépassée et parfois même n'était pas atteinte.

Marche. — L'évolution de la grippe a été fort variable suivant les formes qu'elle a revêtues; les grippes les plus courtes ont été les grippes nerveuses avec ou sans fièvre ; au début de l'épidémie, on a observé

nombre de malades pris soudain d'une température très élevée, pouvant faire croire à l'invasion d'une maladie générale fort grave ; mais, au bout de 24 ou de 48 heures, la fièvre se dissipait et la convalescence commençait, souvent d'une durée disproportionnée à la fugacité des phénomènes aigus. Le plus souvent, la grippe, dégagée d'ailleurs de toute complication pulmonaire ou autre, a présenté une durée moyenne de 6 à 8 jours. La convalescence a souvent été annoncée par les phénomènes critiques habituels (sueurs profuses, diarrhée, polyurie, herpès, etc.)

Les rechutes ont été fréquentes ; la grippe est une maladie à rechutes, a dit avec raison M. Jaccoud. Ces rechutes se sont produites soit au bout de 24 à 48 heures, soit quelques jours seulement après la première atteinte ; la reprise affectait en général le même caractère que la première manifestation ; cependant, à une grippe caractérisée surtout, lors de la première atteinte, par des symptômes nerveux, a pu succéder une forme catarrhale (Cézilly) ; le plus souvent les rechutes n'ont été marquées par aucune aggravation des symptômes, mais la convalescence en est devenue plus longue. Les médecins de la Seine-Inférieure évaluent le nombre des rechutes à 1/7e environ des cas observés par eux ; quant aux récidives, elles n'ont pas été mentionnées.

Convalescence. — Tous les médecins ont insisté sur la longueur de la convalescence, aussi traînante, a dit M. Peter, que la convalescence de la fièvre typhoïde. Traînante ou non, elle a surtout été caractérisée par la susceptibilité des malades à l'égard du froid, et c'est à ce moment surtout qu'ont éclaté les complications pulmonaires.

A la suite d'une grippe courte et bénigne, le malade avait repris ses occupations et s'était exposé à l'air extérieur; alors survenait une congestion pulmonaire ou une pneumonie.

On peut tirer de ces faits un enseignement pour l'avenir : bon nombre de complications seront évitées à coup sûr si l'on confine à la chambre pendant un temps convenable les malades atteints de la grippe la plus bénigne en apparence.

La convalescence s'est rarement installée d'une façon brusque; le plus souvent, pendant un temps variable, persistait une extrême lassitude, une faiblesse insurmontable, parfois aussi une toux persistante; les troubles nerveux ont été extrêmement fréquents à cette période; faiblesse dans les jambes, vertiges, névralgies, délire passager, hystérie, neurasthénie, dépression génitale; ainsi que l'a fait remarquer M. Huchard, l'asthénie n'a pas toujours été en rapport avec la gravité de l'attaque de grippe; d'après Legendre, l'accablement était peut-être dû à une dénutrition rapide du système nerveux. Dans 3 cas, il y avait phosphaturie et dans un cas de la peptonurie.

On a fait observer avec raison que le tempérament, les antécédents de chacun sont intervenus puissamment pour fixer le sens et la direction des accidents de la convalescence (Krœpelin, Becker); il y a eu le type du tousseur, du diarrhéique, du névralgique. Les migraineux, notamment, ont vu survenir des crises de migraines fréquentes et prolongées, quelquefois subintrantes, alors qu'à l'état normal elles se succédaient à intervalles éloignés; du côté de l'appareil respiratoire, on a noté la toux coqueluchoïde, symptomatique, selon toute vraisemblance, d'une adéno-

pathie trachéo-bronchique, des congestions pulmonaires traînantes, rebelles à toute intervention ; nous avons vu récemment dans le service de M. Gaucher une broncho-pneumonie chronique, consécutive à la grippe, c'est-à-dire durant depuis cinq mois; du côté de l'appareil circulatoire, on a observé l'angoisse précordiale, l'irrégularité du cœur et du pouls; les battements ont quelquefois revêtu le type embryocardique; enfin on a signalé de véritables accès de fièvre intermittente pendant la convalescence.

En somme, ce sont les signes d'une dépression physique et intellectuelle prolongée qui ont caractérisé la convalescence de la grippe, ainsi que la persistance des troubles digestifs : anorexie invincible, vomissements, diarrhée. Rien d'ailleurs dans ces faits de particulier à l'épidémie actuelle; écoutons plutôt Étienne Pasquier, qui a donné la relation de l'épidémie de 1404. « Plus de 100,000 personnes, à Paris, perdirent le boire, le manger et le repos... On perdait tout pouvoir de son corps, n'osant toucher à soi nulle part. Sur tous ces maux, la toux était cruelle à tous, jour et nuit... Néanmoins personne ne mourut; mais à peine paraissait personne être guérie... car avant que l'appétit de manger fust aux personnes revenu, si fut-il plus de six semaines, après qu'on fust nettement guéri. » (*Recherches de la France*, livre IV, chap. XXVIII, 1643.)

Formes. — Décrire les formes de la grippe serait inutile, après ce que nous avons dit sur la prédominance de trois types principaux : nerveux, thoracique, gastro-intestinal; en fait, plusieurs symptômes d'ordre différent se sont le plus souvent trouvés associés; chaque malade a fait de la grippe, suivant son tempérament, et les manifestations de la grippe se sont surtout portées sur les points faibles de l'organisme (Cézilly). Ce qu'il faut retenir, c'est la fréquence des accidents nerveux et l'importance jouée par eux dans l'épidémie actuelle; contrairement à la description classique, « le catarrhe » s'est trouvé au second plan.

M. Comby, qui a observé 218 cas de *grippe chez les enfants*, a présenté un bon tableau de la grippe infantile.

Les troubles nerveux se sont traduits par la somnolence et l'abattement chez les tout jeunes enfants, par la céphalalgie et parfois le délire, les convulsions, un complexus pseudo-méningitique (Sevestre) chez les enfants plus âgés; les troubles digestifs, par les vomissements (98 cas), l'anorexie, la constipation opiniâtre ou la diarrhée.

Les troubles respiratoires ont été rares, ce qui ne laisse pas que d'étonner, si l'on songe à la susceptibilité au froid que présentent habituellement les enfants; M. Comby n'a observé que 18 cas de bronchite, dont une seule sérieuse, et un cas de broncho-pneumonie. M. Cadet de Gassicourt a été frappé également de la rareté des complications pulmonaires et d'une façon générale de la bénignité de la maladie. M. Comby a noté les éruptions (12 fois seulement), les complications oculaires (14 cas) et auriculaires (13 cas, dont 10 avec une otorrhée purulente); il n'a perdu qu'un seul malade (par athrepsie) sur 218.

La grippe a réveillé chez quelques malades certains accidents qui avaient disparu depuis plusieurs années : coliques hépatiques, gastralgie, hystérie (Duhomme), colique de plomb, paralysie saturnine (Potain), hématurie (Cézilly) fièvres intermittentes.

D'autre part, il semble qu'il y ait eu antagonisme entre la grippe et les autres maladies infectieuses; la rareté de celles-ci pendant la durée de l'épidémie a été remarquée par tous les médecins.

Anatomie pathologique. — Bactériologie. — Les autopsies n'ont pas révélé de lésions particulières à la grippe; la mort étant survenue le plus souvent du fait de complications pulmonaires, on a trouvé habituellement des broncho-pneumonies ou des pneumonies, d'autres fois des foyers de suppuration en différents organes, souvent dus d'ailleurs à la localisation extrapulmonaire du microbe de la pneumonie ou au streptocoque. Kundrat a signalé la gangrène pulmonaire consécutive à la pneumonie; Leyden a retrouvé la glomérulo-néphrite.

Nombre de médecins ont cherché à isoler le *microbe de la grippe*, en examinant le sang recueilli pendant la vie; tous les examens sont restés négatifs; seul, Klebs prétend avoir trouvé des monades qu'il nomme flagellées, accumulées parfois en amas énormes. Klebs aurait vu ces monades tantôt libres, tantôt dans les hématies; il les a comparées aux plasmodies du paludisme. M. Laveran, mieux qualifié que personne pour contrôler les assertions de Klebs, n'a pu retrouver les monades; il est fort probable que Klebs n'a vu que les globulins, dont le nombre est fort augmenté dans les cas de grippe, ainsi que Chantemesse et Widal l'ont constaté; ces derniers ont également trouvé un grand nombre de leucocytes dans le sang; mais toutes les cultures de sang faites par eux au début de la maladie, sont restées stériles.

Les microbes rencontrés dans les exsudats des grippés étaient tous connus antérieurement; ce sont : le pneumocoque encapsulé de Friedländer, le microbe lancéolé de Fränkel, les staphylocoques albus et aureus, le streptocoque pyogène. Le premier a été donné par MM. Gilles et Jolles, de Vienne, comme le microbe de la grippe; mais ce microbe existe d'une manière habituelle dans les exsudats bronchiques et pneumoniques et n'a évidemment aucun rapport avec la grippe (Talamon). « Le (1) microbe lancéolé est le microbe de la pneumonie fibrineuse, Leyden l'a trouvé constamment dans les pneumonies lobaires au cours de l'épidémie de Berlin. A Paris, Bouchard l'a constaté dans des pneumonies, des pleurésies, des otites.

Germain Sée et Bordas signalent son association dans la pneumonie avec le streptococcus pyogenes. Netter indique le même fait dans deux cas d'inflammation du poumon.

Les staphylococcus albus et aureus sont deux des microbes du pus. Ils ont été trouvés dans les mucosités bronchiques et dans les pneumonies et les broncho-pneumonies, associés soit au microbe lancéolé, soit au streptococcus. Enfin le streptococcus pyogenes est l'organisme qui a été isolé le plus souvent dans les différentes inflammations survenues au cours de cette épidémie de grippe. Bouchard l'a trouvé dans le mucus bronchique, dans les pleurésies suppurées, dans les amygdalites de la grippe. Vincent et Vaillard ont constamment décelé, par l'examen microscopique et par les cultures, dans le sang, la rate, le poumon ou les

(1) Ce passage est emprunté à l'excellent article de M. Talamon : *La grippe et les microbes* (Médecine moderne); il résume fort bien les résultats des examens bactériologiques faits pendant l'épidémie.

liquides épanchés des individus morts de la grippe, le même streptococcus. Ils ont constaté la présence du même organisme dans les empyèmes d'origine grippale et dans les crachats des sujets grippés. Du Cazal a fait la même constatation dans les crachats de 14 malades du Val-de-Grâce. Mêmes résultats obtenus à Berlin par Ribbert dans 8 autopsies de grippe; à Bonn, par Finkler, qui, sur 45 cas de pneumonie, n'a observé que 2 fois le type de la pneumonie franche; tous les autres cas présentaient les caractères de la pneumonie catarrhale, et on constatait dans les poumons la présence du streptococcus. Ce microbe se retrouvait d'ailleurs dans le pus des otites, dans le sang, dans la rate, dans le péricarde et même dans le mucus bronchique des individus grippés sans complications pneumoniques.

On voit que la présence du streptococcus est pour ainsi dire constante dans les inflammations observées chez les grippés. Est-ce le microbe de la grippe? Ribbert et Finkler n'hésitent pas à conclure dans ce sens et à regarder le streptococcus comme l'agent pathogène de la grippe. En France on est plus réservé, et Chantemesse est d'accord avec Bouchard pour ne voir dans cette invasion de streptococcus qu'une infection surajoutée, la grippe favorisant seulement le développement et la pullulation de cet organisme chez certains sujets, comme elle favorise chez d'autres le développement du coccus lancéolé ou des staphylococcus.

Il est impossible d'admettre que le streptococcus soit le microbe spécifique de la grippe. Cet organisme est le même que le microbe en chaînette de l'infection puerpérale, que le streptococcus de l'érysipèle de Fehleisen, que le streptococcus du pus d'Ogston et de Rosenbach. Non seulement il est impossible de le différencier morphologiquement ou par les cultures, et Ribbert et Finkler ne songent pas d'ailleurs à contester cette identité; mais encore Bouchard dit avoir produit un érysipèle chez le lapin, en inoculant à cet animal le streptococcus trouvé dans le mucus bronchique grippal...

En résumé, on doit admettre que le streptococcus n'est pas le microbe spécifique de la grippe, mais un microbe surajouté venant compliquer et aggraver l'infection grippale primitive, comme il vient compliquer et aggraver bien d'autres maladies spécifiques. On n'a pas plus le droit de le regarder comme le microbe de la grippe, qu'on n'a le droit d'en faire le microbe de la scarlatine quand on le rencontre dans le pus d'une pleurésie postscarlatineuse, ou le microbe de la rougeole quand on le décèle dans l'exsudat d'une broncho-pneumonie rubéolique. »

Dans les pneumonies grippales on a trouvé tantôt le microbe lancéolé seul, tantôt le streptococcus, tantôt les deux microbes associés. D'après Leyden, il existerait un rapport entre la variabilité des résultats bactérioscopiques et la variabilité d'allures reconnue par cet observateur aux complications pneumoniques de la grippe. Le microbe de Fränkel a été trouvé dans les cas où la maladie s'est rapprochée le plus de la pneumonie franche. Dans les formes bâtardes, la nature mixte de l'infection pneumonique était attestée par la coexistence des deux micro-organismes pathogènes; enfin, dans les cas où Leyden a rencontré seulement le streptococcus, la pneumonie revêtait des allures spéciales : expectoration très abondante, crachats grisâtres, diffluents, lenteur de l'évolution,

absence de crise terminale, et chez l'une des malades il a vu se produire un abcès avec vomique consécutive. Pour M. Netter, les véritables pneumonies grippales sont dues au seul microbe lancéolé de Fränkel, les pneumonies à streptocoques ne sont que des broncho-pneumonies.

Disons en terminant que M. Gaucher a obtenu des colonies d'un petit bacille en semant sur gélose le suc pulmonaire de poumons appartenant à deux individus emportés par la broncho-pneumonie grippale. Il pense qu'il s'est peut-être trouvé en présence de broncho-pneumonies grippales pures, car il n'a rencontré ni pneumocoques ni streptocoques au cours de ces recherches; mais il se hâte d'ajouter que ce n'est là qu'une simple hypothèse.

Dans les otites on a pu constater suivant les cas la présence de plusieurs microbes; ainsi M. Netter a trouvé deux fois le pneumocoque, une fois le streptocoque; il est inutile de poursuivre les citations... Il résulte de ce qui vient d'être dit que la grippe est éminemment propre à favoriser le développement des infections secondaires, l'agent le plus fréquent de ces infections étant le streptococcus; il ressort également que les pneumonies et broncho-pneumonies grippales ne sont pas des accidents spécifiques; leur fréquence au cours de la grippe est sans doute due à l'insuffisance des moyens de défense de l'organisme contre l'envahissement microbien, a l'entravement apporté à la fonction phagocytique; ces pneumonies vulgaires deviennent contagieuses, alors que le microbe qui leur donne naissance a pu, par des cultures successives, dans des poumons malades, acquérir une virulence qu'il ne possédait pas tout d'abord, ou tout au moins exalter une virulence jusque-là obscure (Bouchard).

Pronostic.—On a souvent répété, au cours de l'épidémie, que la grippe est une affection essentiellement bénigne, et l'on a volontiers rappelé la pittoresque définition de Broussais : « Grippe, invention des gens sans le sou et des médecins sans clients, qui, n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusés à créer ce farfadet. » Cependant, lorsqu'on a vu la mortalité doubler et même tripler, il a fallu en rabattre de cet optimisme excessif et admettre que la grippe est une affection grave, sinon par elle-même, du moins par ses complications; c'est là d'ailleurs une distinction spécieuse, car il est bien difficile d'établir une démarcation précise entre les signes propres à la grippe et les complications surajoutées.

Un certain nombre de médecins avaient, dès le début de l'épidémie, formulé des réserves à l'égard de sa bénignité.

La *mortalité* a considérablement augmenté à Paris pendant les mois de décembre 1889 et janvier 1890; pour 3941 décès survenus en décembre 1888, on en compte 6239 en 1889; le degré de la mortalité a présenté des différences notables suivant l'*âge :* de 0 à 5 ans, elle n'a presque pas varié; de 5 à 20 ans, elle s'est légèrement accrue; de 20 à 60 ans, elle a triplé; au delà de 60 ans, elle a été le double de la moyenne ordinaire; ce sont donc les adultes qui ont payé à la grippe le plus fort tribut.

L'augmentation des décès a été beaucoup plus forte pour les hommes adultes que pour les femmes; chez les vieillards au contraire, les femmes ont été un peu plus frappées. D'autre part, l'*état antérieur* des malades

a notablement influencé le pronostic; les diabétiques, les cardiaques, les emphysémateux et les malades atteints de bronchite chronique, les tuberculeux, les alcooliques, tous les individus porteurs d'une tare ont fourni le plus fort contingent à la mortalité; c'est ce qui résulte de la statistique établie par le Dr Bertillon; l'accroissement des décès a été dû aux maladies des organes respiratoires et aux maladies chroniques; dans les épidémies antérieures, on avait déjà signalé la gravité de la grippe chez les tuberculeux; enfin la grippe paraît avoir favorisé le développement du bacille de Koch. Chez les diabétiques, elle a été particulièrement grave.

La grippe a fait sentir son influence dans les salles de chirurgie des hôpitaux; la réparation des plaies a subi souvent un temps d'arrêt (Trélat); d'autre part, quelques malades ont succombé à l'infection purulente (Verneuil); aussi Demons a-t-il conseillé de s'abstenir, en temps de grippe, de toute opération portant sur les cavités buccale, nasales, pharyngienne et respiratoires.

En somme, s'il est exact que la grippe a été relativement bénigne, vu le grand nombre des cas, il n'en est pas moins vrai que la mortalité a sensiblement augmenté du fait de l'accroissement des affections respiratoires et de la terminaison précipitée de nombreuses maladies chroniques.

Diagnostic. — Au début, le diagnostic a été hésitant entre la grippe et la *fièvre dengue;* plusieurs médecins ne reconnaissaient pas dans les symptômes de l'épidémie actuelle ceux qu'ils avaient observés dans les épidémies antérieures; d'ailleurs, une épidémie de dengue venait de sévir en divers endroits, notamment en Syrie, et quelques symptômes de la grippe, le début brusque, les douleurs articulaires, notamment les douleurs des genoux, les exanthèmes, semblaient autoriser à porter le diagnostic de dengue. Aussi, pour expliquer les différences notables constatées dans l'évolution comparative des deux affections, a-t-on dit qu'il s'agissait d'une dengue modifiée par le climat. On a défini les relations de la dengue et de la grippe, en appelant la dengue la grippe des pays chauds, et la grippe la dengue des régions septentrionales (Grasset); on s'est appuyé, pour établir une parenté nosologique entre ces affections, sur ce fait qu'elles règnent dans des zones différentes et ne se superposent jamais. Il est possible, en effet, qu'il existe entre la grippe et la dengue une certaine relation; M. Netter, qui a observé en Syrie nombre de cas de dengue où l'éruption a manqué, déclare que s'il avait vu à Paris les cas de dengue qu'il a observés en Syrie, il n'aurait pas manqué de les qualifier grippe; mais nous devons constater que la plupart des médecins de marine (Rochard, Leroy de Méricourt, etc.) qui ont pu observer les deux maladies, ont reconnu qu'en dépit de quelques analogies, il était impossible de faire de la grippe une dengue plus ou moins modifiée.

Rappelons en quelques mots les symptômes ordinaires de la dengue: cette maladie se signale par un début brusque; les douleurs caractéristiques de la maladie saisissent à l'improviste les victimes du mal, et chaque patient est en quelque sorte immobilisé par les symptômes du début, dans la position qu'il occupait quelques minutes auparavant (De Brun). La douleur, élément essentiel de la dengue, siège principale-

ment à la tête, aux lombes, aux genoux ; sa violence est grande, mais sa durée est courte, et au bout de 24 à 48 heures, elle a le plus souvent disparu ; en même temps que la douleur, apparaît une fièvre intense (39-40°), qui retombe au bout de 24 heures aux environs de la normale, avec ou sans phénomènes critiques (diarrhée, sueurs, etc.). Deux autres symptômes importants caractérisent la dengue : l'embarras gastrique et l'éruption scarlatiniforme ou rubéolique, suivant les cas, accompagnée d'un prurit intense, et suivie d'une convalescence assez longue. Les différences avec la grippe se déduisent aisément : celle-ci est d'allures moins dramatiques ; il n'existe guère dans la grippe d'atteintes subites analogues à celles de cet individu instantanément frappé au moment où il imitait dans la rue la démarche d'un malade ; les douleurs sont moins vives, les éruptions exceptionnelles, enfin, dans la dengue, pas de troubles respiratoires, fréquence au contraire des complications pulmonaires dans la grippe.

La prédominance de certains symptômes a quelquefois causé des erreurs de diagnostic ; ainsi la brusquerie relative du début, la rachialgie, l'élévation de la température, ont fait quelquefois songer à la *variole ;* M. Renaut a rapporté plusieurs cas dans lesquels des malades atteints simplement de grippe avaient été considérés comme menacés de variole et envoyés dans le service d'isolement.

La même erreur a été faite pour la *scarlatine*, en raison des angines et de l'éruption scarlatiniforme parfois constatée dans la grippe ; enfin, la *rougeole* a pu être mise en cause indûment, parce que le catarrhe oculo-nasal du début, la trachéite, la rougeur diffuse de la gorge, avaient fait songer à cette fièvre éruptive.

D'autres fois, la prédominance des manifestations articulaires a fait croire à un début de *rhumatisme aigu ;* la douleur lombaire, à une attaque de *colique néphrétique ;* la céphalalgie intense, les vomissements, le délire, ont fait craindre parfois le début d'une *méningite*. La grippe à forme catarrhale s'est distinguée de la *trachéo-bronchite* vulgaire par l'intensité des phénomènes généraux. Chez les tuberculeux atteints de grippe, on a cru parfois à l'invasion de la *granulie* (Cézilly). Enfin, la grippe gastro-intestinale a été également l'occasion de méprises diverses : on a cru avoir affaire à de simples *embarras gastriques ;* d'autres fois, la prédominance de manifestations abdominales, jointe aux épistaxis, à l'abattement, aux douleurs musculaires et articulaires, a rendu le diagnostic hésitant entre la grippe et la *fièvre typhoïde*, d'autant plus aisément que chez quelques malades, la grippe a été précédée de prodromes prolongés.

Traitement. — Il n'existe pas de spécifique contre la grippe ; les malades qui ont guéri ont généralement guéri « les pieds sur les chenets » (Peter) ; il existe cependant certain nombre de médicaments dont l'emploi est rationnel, et d'autre part, il importe de faire la médecine des symptômes.

On s'est demandé si en dehors des précautions banales à prendre contre le froid, il existe un traitement *prophylactique ?* Quelques médecins ont recommandé le sulfate de quinine à titre de préservatif (Fraser, Blocq, etc.) ; il n'a donné aucun résultat entre les mains de Spillmann (de Nancy) ; Giovanni a prescrit dans le même but prophylactique la teinture de strophantus.

Le sulfate de quinine a été également employé comme moyen *abortif*, ainsi que le calomel, à la dose de 15 à 60 centigrammes, suivant l'âge, ou les antiseptiques. M. Boucheron ayant remarqué, ainsi que le professeur Bouchard et M. Landouzy, que certaines personnes prenant du salol ou du naphtol, à doses faibles, pour d'autres affections, paraissaient avoir été beaucoup plus réfractaires à la grippe que les personnes de leur entourage, a recommandé de prendre dès le premier accès de fièvre, d'heure en heure, des cachets de salol (0,30) et des cachets de naphtol (0,30), au moment des repas, de manière à absorber 2 grammes de chaque substance; on peut aller à 3 grammes pour les adultes, et on continue pendant 4 ou 5 jours. On prend aussi un peu de quinine ou d'antipyrine; généralement la fièvre a disparu après la première journée du traitement (?); employé seulement dans le cours de la grippe, ce traitement a donné de bien moins bons résultats.

Comme moyens *curatifs*, les médicaments les plus employés ont été le sulfate de quinine, l'antipyrine, l'aconit. Le sulfate de quinine est regardé comme le meilleur remède (Hayem, Gaucher, etc.); M. Dujardin-Beaumetz a employé l'exalgine; on a encore prescrit le benzoate de soude (Schœffer), la créoline (Rubener), etc. Dans la plupart des cas, l'usage des stimulants et des boissons alcooliques s'est imposé pour combattre l'adynamie. L'antipyrine a, chez un grand nombre de malades, fait disparaître les céphalées pénibles et la courbature. Dans la forme thoracique, on a prescrit les révulsifs, les expectorants (kermès, oxyde blanc d'antimoine), rarement les vomitifs (ipéca), l'aconit, le bromure de sodium et l'éther; dans les complications pulmonaires proprement dites, les médications employées ont toujours eu pour but de relever l'énergie des contractions cardiaques; le strophantus, la digitale, mais surtout la caféine en injections sous-cutanées, ainsi que l'éther, ont permis de lutter contre la parésie du myocarde; M. Pignol a tenté les injections intra-trachéales de solution de naphtol (0,20 p. 1,000), dans trois cas de pneumonie. Dans les formes gastro-intestinales, on a prescrit les purgatifs salins, puis les antiseptiques (naphtol, salicylate de bismuth) et l'opium sous forme d'élixir parégorique, dans les diarrhées profuses.

Le traitement de la forme nerveuse a consisté surtout dans l'emploi des médicaments déjà signalés (sulfate de quinine, antipyrine). Quant au traitement des diverses complications, il ne présente rien de spécial à signaler.

Dans le traitement de la *convalescence*, tous les médecins insistent sur la nécessité de la médication tonique. Le Gendre a conseillé avec avantage la strychnine à haute dose (6 milligrammes par jour); M. Huchard a employé également la strychnine, ainsi que les phosphates et les préparations de quinquina; en présence de l'anorexie persistante de certains malades, on a dû quelquefois recourir pendant un certain temps à l'alimentation lactée exclusive (lait additionné de chlorhydro-phosphate de chaux).

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1890.

A

Abcès. — Des abcès chauds, pathogénie et traitement antiseptique, par GARNIER. (*Thèse de Paris*, 14 février.)

Abdomen. — Anatomie du muscle transverse et ses rapports avec la hernie inguinale, par DOUGLAS. (*Journ. of. anat.*, janvier.) — De l'état actuel de la chirurgie abdominale, par MEREDITH (*Lancet*, 19 avril.) — Du traitement en temps de guerre des plaies de l'abdomen par armes à feu, par W. KŒRTE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 72, 27 janvier.) — Diagnostic des tumeurs abdominales, par FRÆNKEL et KAUFMANN. (*Arch. für Gyn.*, XXXVI, 3.) — Ablation d'une tumeur abdominale, par GOODELL. (*Med. News*, 22 février.) — Des tumeurs de l'ombilic, par VILLAR. (*Gaz. des hôp.*, 15 mars.) — Fissure sous-ombilicale, par GIBERT. (*La Normandie méd.*, 15 mars.)

Absorption. — Rapport sur les expériences d'osmose faites avec des membranes vivantes et mortes, par WAYMOUTH REID. (*Brit. med. journ.*, 25 janvier.)

Accouchement. — Manuel des soins et pansements obstétricaux, par FULLERTON. (In-12, 214 p. *Philadelphie.*) — Histoire de la Société obstétricale d'Edimbourg, par CH. EDW. UNDERHILL. (*Edinburgh med. journ.*, février, p. 738.) — La clinique d'accouchements de la Faculté libre de Lille, par EUSTACHE. (In-8°, 86 p. Lille.) — L'enseignement de l'obstétrique autrefois et aujourd'hui, par PINARD. (*Rev. scientif.*, 12 avril.) — Clinique des accouchements de la Charité de Berlin. Compte rendu du 1er janvier 1887 au 1er avril 1888, par MEYER. (*Charité-Annalen*, p. 655, XIV *Jahrgang.*) — De la chloroformisation dans le cours de l'accouchement normal, par POBAK. (*Journ. de méd. Paris*, n° 9.) — De l'accouchement sans souffrance, par FANTON. (*Marseille méd.*, n° 11, 1889.) — Antisepsie obstétricale, par BRUNON. (*Normandie méd.*, 1er février.) — L'antisepsie obstétricale, par CHARLES. (*Journ. d'accouch.*, *Liège*, n° 3.) — De l'antipyrine dans l'accouchement, par BARAN. (*N. York med. Record.*, 12 octobre 1889.) — Des dangers du sublimé en obstétrique, par CRÉQUY. (*Soc. de thérap.*, 12 mars.) — De l'influence du sulfate de quinine sur l'utérus gravide, par DE MICAS. (*Thèse de Paris*, 13 mars.) — De la cessation subite de la pression sur les nerfs (sciatique) comme cause de douleur, par WELLS. (*Lancet*, 12 avril.) — Considérations obstétricales sur le sacrum de six vertèbres, erreur de pélvimétrie digitale à laquelle peut donner lieu cette anomalie, par TRACHET. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Etude histologique du col de l'utérus dans deux cas de rigidité dans l'accouchement, par WALLICH. (*Bull. Soc. Anat.*, 14 février, p. 75.) — De la

défense du périnée et de l'accélération du dernier temps de l'accouchement dernière simplification de l'appareil, par CHASSAGNY. (*Lyon méd.*, 6 avril.) De la protection du périnée durant l'accouchement, par W. DEWEES (*Journal of Amer. Assoc.*, 7 et 14 décembre 1889.) — De la présentation du front par GAULARD (*Semaine méd.*, 9 avril.) — Des positions postérieures du sommet; conduite à tenir, par DEMELIN (*Rev. gén. de clinique*, n° 2, p. 17.) — Position insolite dans la présentation du sommet, par BONIFAS. (*Normandie méd.*, 1er janvier.) — Etude sur les positions vicieuses du fœtus, par EHRENDORFER. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVII, 2.) — De l'oblitération du col utérin chez la femme en couches, par BOYER. (*Thèse de Paris*, 13 mars.) Blessure rare de l'enfant pendant l'accouchement, par HEYDRICH. (*Cent. f. Gynaek.*, n° 7, 15 février.) — Déchirure centrale du périnée par le bras de l'enfant au moment de l'expulsion de la tête. Gangrène du périnée. Métrite puerpérale, par BONNEAUD. (*Bull. Soc. de méd. de La Rochelle*, p. 129, 1887.) — Présentation de la face, tumeur spinale, craniotomie, par MILLER. (*Med. News*, 29 mars.) —Version pseudo-spontanée, par VERGNE. (*L'Actualité méd.*, 15 février.) — Essai critique sur la version bipolaire, par LASKINE. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Un cas de dystocie par antéversion, femme géante, fœtus de 5,700 grammes, mort, 150 heures de travail, guérison, par CHAMBARD-HÉNON. (*Lyon méd.*, 5 janvier.) — Dystocie due à la présence d'un myome inséré sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus, putréfaction du fœtus, présentation du siège, extraction à l'aide du basiotribe, mort au 17e jour, par RIBEMONT-DESSAIGNES. (*Ann de gynéc.*, avril.) — De l'application du forceps dans les présentations transverse et oblique de la tête, par H. FRY. (*Journal of Amer. Assoc.*, 9 novembre 1889, p. 661.) — Présentation du siège; application de forceps, guérison, par N. KING. (*Boston med. Journ.*, 21 novembre 1889, p. 512.) — De l'application du forceps dans la présentation des fesses, par TARNIER. (*Mercredi méd.*, 29 janvier.) — Un nouveau forceps, par BORJAKOWSKI. (*Cent.f. Gynaek.*, 15 mars.)— Le forceps et le périnée, par MAC-GILLICUDDY. (*Amer. journ. of obst.*, décembre 1889.) — Forceps à traction dans l'axe, par J. E. LANGSTAFF. (*Ibid.*, janvier.) — Le forceps au détroit supérieur, par COHNSTEIN. (*Arch. für Gyn.*, XXXVI, 2.) — Deux applications du basiotribe de Tarnier, par TOURNAY. (*La Clinique*, 3 avril.) — Critiques et désidérata du basiotribe, ses modifications successives, par TARNIER. (*Semaine méd.*, 19 mars.) — Considérations sur trois cas d'embryotomie pratiquée à l'aide des ciseaux de Dubois, par FRANC. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 6 avril.) — Céphalotribe bigame, par LEBON. (*Journ. d'accouch. Liège*, n° 1.) — Du curettage utérin dans les accidents consécutifs à l'accouchement et à la fausse couche, par BOREL. (*Arch. de tocol.*, février.) — Arrachement du col utérin pendant l'accouchement, par BOUFFE. (*Bull. Soc. Anat.*, 17 et 31 janvier, p. 25 et 54.) — Des thrombus intra-vaginaux, par CHAINTRE. (*Lyon méd.*, 12 janvier.) — Cas mortel d'inversion complète de l'utérus pendant le travail, par BELL GRAHAM. (*Lancet*, 1er mars.)—Idem, par POOLEY. (*Ibid.*) — Hématome pelvien consécutif à la délivrance, mort 4 heures après l'accouchement, par BOXALL. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 303.) — Emphysème interstitiel dans l'accouchement, par REDFERN. (*Lancet*, 15 février.) — Rétention placentaire, septicémie, curage, par ROLAND. (*Nouv. Arch. d'obstet.*, 25 mars.) — De la pression atmosphérique comme cause de rétention placentaire, par RODRIGUEZ. (*Gaz. med. Mexico*, décembre 1889.) — Môle hydatiforme et insertion vicieuse du placenta, par FOURNIER. (*Rev. gén. de clinique*, n° 1, p. 5.) — L'accouchement prématuré dans les cas de phtisie, par DUNCAN. (*London obst. Soc.*, 8 janvier.) — Etude critique de la méthode des douches vaginales pour la provocation de l'accouchement prématuré artificiel, par BAUDRY. (*Thèse de Paris*, 8 janvier.) —

Sonde à double courant pour injections vaginales et intra-utérines dans la pratique obstétricale, par HEWITT. (*Lancet*, 8 mars.)

Acné. — Epidémie d'acné sycosique originaire d'une boutique de barbier, par WILLIAMS.(*Lancet*, 15 février.) — De l'acné, par PAYNE.(*Lancet*, 15 février.) — Acide borique et alcool dans le traitement de l'acné, par POST (*Med. News*, 18 janvier.)

Acromégalie. — Obs. d'acromégalie, par WALDO. (*Bristol med. chir. Soc.*, 8 janvier et *Brit. med. J.*, 22 mars.) — Un cas d'acromégalie, par PÉCHADRE. (*Rev. de méd.*, février.) — De l'acromégalie, par SOUZA LEITE. (*Thèse de Paris*, 13 mars.)

Actinomycose. — Un cas d'actinomycose chez l'homme, par POWELL, GODLEE et TAYLOR.(*Med. Chir. Trans.*, LXXII, p. 175.) — Un cas d'actinomycose, par BLOK.(*Nederl. tidj. voor geneesk.*, n° 4.) — Corpuscules de Miescher ou Rainay dans l'actinomycose, par GIBBES.(*Annales of Surg.*, n° 2.) — De l'actinomycose chez l'homme, par CART. (*Thèse de Paris*, 8 février.) — Trépanation pour une actinomycose du cerveau, par KELLER. (*Brit. med. Journ.*, 29 mars.)

Addison (Mal. d'). — Les rapports des lésions des capsules surrénales et de la maladie d'Addison, par LANGEREAUX (*Arch. gén. de méd.*, janvier.)

Adénome. — Un cas d'adénome sébacé congénital, par PRINGLE. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 5.)

Albuminurie. — L'acide trichloracétique pour la recherche et le dosage de l'albumine, par BOYMOND. (*Soc. de thérap.*, 8 janvier.) — Sur la précipitation des albumines de l'urine par certains corps dits indifférents, par BOYMOND (*Soc. de thérap.*, 8 janvier.) — Difficultés spéciales de la recherche et de l'interprétation de l'albumine urinaire chez la femme, par BEUGNIES-CORBEAU. (*Gaz. méd. Liège*, 2 janvier.) — Coagulation par la chaleur de l'albumine de l'œuf et du sérum, de la vitelline et de la globuline, par HAYCRAFT. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Sur la coagulation de l'albumine de l'œuf, du sérum, la vitelline et la globuline par la chaleur, par DUGGAN. (*Brit. med. Journ.*, 25 janvier.) — Fixation de la pepsine par les albuminoïdes, fibrine, tissu musculaire, caséine, par FICK. (*Verhandl. der physik-medicin. Gesellsch. zu Würzbnrg.* 1889, p. 28.) — L'albuminurie dans la santé apparente, par WASHBURN.(*Med. News*, 5 avril.) — De l'albuminurie au point de vue physiologique, clinique et thérapeutique, revue par LANNOIS. (*Rev. de méd.*, janvier.) — De l'albuminurie dans le mal de Bright, par MESNARD.(*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 9 mars.) — Un cas d'albuminurie cyclique observé à l'hôpital de Sabbatsberg, par RINGSTEDTT. (*Arsb. fran. Sabbatsbergs Sjukhus, Stockholm*, 1889.) — De l'albuminurie, par GOODHART.(*London Harveian Soc.*, 6 février.) — Des rapports entre la tension élevée du pouls et l'albuminurie, par HAIG. (*Brit. med. Journ.*, 11 janvier.) — Urine albumineuse sans maladie rénale, par LEE.(*Lancet*, 8 mars.) — De l'albuminurie cardiaque et de sa valeur pronostique, par SANDRAS. (*Thèse de Paris*, 27 mars.)

Alcool. — Action physiologique comparée de divers alcools sur le cœur des mammifères, par HEMMETER. (*Studies from phys. laborat. Hopkins Univ.*, IV, n° 5.)

Aliénation. — Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, par J. FALRET. (In-8°, *Paris.*) — Leçons sur le délire chronique à évolution systématique, par MAGNAN.(*Progrès médical*, 15 février.) — Les médecins assistants dans les asiles; leur état dans la spécialité, par DODDS, STRAHAN et GREENLEES. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Essai critique sur l'organi-

sation médico-administrative du service des aliénés, par CHAMBARD (*Ann. méd. psych.*, janvier.) — Asiles d'attente pour les périodes de rémission de l'aliénation mentale, par BALLET. (*Soc. de méd. légale*, 21 avril.) — De la folie intermittente, par MAGNAN. (*Bull. méd.*, 5 janvier.) — Aliénation mentale avec délire de suggestion hypnotique, par KONRAD. (*Pester med. chir. Presse*, 1889, n° 37.) — Folie associée à la chorée à un âge avancé, par MAC FARLANE. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Des persécutés génitaux à idées de grandeur, par MARANDON DE MONTYEL. (*Ann. méd. psychol.*, mars.) — Folie de la puberté, par CHASTENET. (*Ibid.*, mars.) — De l'emploi des moyens de contrainte dans le traitement des aliénés, état de la question en Angleterre, par PARANT. (*Ibid.*, mars.) — La cirrhose hépatique chez les fous, par VERGA. (*Milan.*) — Traitement de l'aliénation par l'hypnotisme par PERCY SMITH et MYERS. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — L'antipyrine dans l'aliénation mentale, par ROSCIOLI. (*Novera*, 1889.)

Alimentation. — Du régime végétarien au point de vue thérapeutique, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. méd.*, 16 février et *Bull. gén. de thérap.*, 15 février.) — La composition du beef-tea et sa valeur comparée avec d'autres préparations de bœuf, par LUFF. (*Lancet*, 19 avril.)

Allaitement. — Allaitement artificiel, par Mlle IDA LEVINE. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Réglementation de l'allaitement mercenaire à Barcelone, par COLL Y BOFILL. (In-8°, *Barcelone.*)

Amnios. — Recherches comparatives sur le liquide amniotique et les échanges du fœtus, par DŒDERLEIN. (*Arch. für Gyn.*, XXXVII, 1.)

Amputation. — Recherches expérimentales sur les modifications que subissent les surfaces articulaires et leurs cartilages dans les désarticulations, par CELLI et GUARNIERI. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 3.) — Ablation du membre supérieur en entier pour un ostéochondrome, par CHAVASSE. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 14 janvier.) — Amputation médio-tarsienne par la méthode en raquette, par PAUL BERGER. (*Bull. Soc. de Chir.*, XV, p. 640.) — Amputations partielles et totales du pied, par LABOUESSE. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Désarticulation de la hanche, méthode d'hémostase, par JOHN GARDEN. (*Brit. med. journ.*, 4 janvier.)

Amygdale. — Hiatus du pilier antérieur avec amygdale supplémentaire du côté opposé, par CLAIBORNE. (*N. York med. journ.*, 8 février.) — De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier considérées comme portes d'entrée des infections, par JEANSELME. (*Gaz. des hôp.*, 25 janvier.) — De l'amygdalite considérée comme maladie infectieuse et contagieuse, par DESCOINGS. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — Rapports de l'amygdalite avec le rhumatisme, par RADCLIFFE. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 12 avril.) — De l'amygdalite aiguë folliculaire, par DUNLOP. (*Lancet*, 15 février.) — Amygdalite parenchymateuse, par WHITE. (*Times and Register*, 23 novembre 1889.) — De l'amygdalite, par TYSON. (*Times and Register*, 1er février.) — Hypertrophie de l'amygdale linguale, par PAYSON CLARK. (*Boston med. Journ.*, 6 février.) — Le galvano-cautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales chez les enfants et les adultes, par GARRISON. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, janvier.) — De l'utilité des applications galvano-caustiques au traitement de quelques formes d'hypertrophie des amygdales par GRAZZI. (*Arch. ital. di laring.*, X, 1.) — Cancer de l'amygdale, par J. WHITE. (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 23 novembre 1889.) — Epithélioma de l'amygdale, par THORBURN. (*Manchester med. soc.*, 2 avril.)

Anatomie. — Traité élémentaire d'anatomie de l'homme avec notions d'or-

ganogénie et d'embryologie générale, par DEBIERRE.(In-8°, tome I, *Paris.*) — Anatomie artistique, description des formes extérieures du corps humain au repos et dans les principaux mouvements, par P. RICHER.(2 vol., in-8° avec pl., *Paris.*)— Recherches sur la structure des organes segmentaires des hirudinées, par BOLSIUS. (*La Cellule*, 5, janvier, 2.) — De l'emploi des solutions de chlorure de zinc pour la fixation des éléments anatomiques, par DE GRANDMAISON. (*Soc. Biologie*, 7 décembre 1889.)

Anémie. — Cas d'anémie pernicieuse, par HUNTER. (*London med. soc.*, 31 mars.) — Un cas d'anémie pernicieuse, à l'autopsie ostéomyélite chronique générale, par KNOTT. (*Brit. med. journ.*, 1er février.) — Un cas d'anémie pernicieuse, par MOTT.(*Lancet*, 8 février.) — Anémie pernicieuse, traitement par l'arsenic, transfusion, guérison, par LOCKIC. (*Brit. med. Journ.*, 18 janvier.) — Des anémies graves, par LIMBECK. (*Prager med. Woch.*, 8 janvier.) — Les albuminoïdes du sang dans l'anémie, par FAVILLI. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 4.)

Anesthésie. — Les anesthésiques, physiologie et applications chirurgicales, par DASTRE.(In-8°, 306 p., *Paris.*)— Rapport sur les expériences sur anesthésiques faites à Hyderabad, par LAUDER BRUNTON. (*Brit. med. journ.*, 15 février.) — Discussion sur ce rapport. (*London med. Soc.*, 10 février.) — La question de l'anesthésie chloroformique et le rapport de la première commission d'Hyderabad. (*Journ. of laryng.*, février.) — Sur l'emploi de l'air légèrement chloroformé, par STACKLER. (*Bull. gén. de thér.*, 15 mars.) — Etude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels, par CHAIGNEAU.(*Thèse de Paris*, 27 mars.) — De l'anesthésie locale par la cocaïne, par RECLUS.(*Gaz. hebd. de méd.*, 29 mars.) — La cocaïne dans les opérations chirurgicales, par VESLIN. (*Bull. méd.*, 19 février.) — L'emploi de la cocaïne en chirurgie, par WYETH. (*N. York med. Record.*, 5 octobre 1889.) — Méthode d'administrer le protoxyde d'azote comme anesthésique général dans la petite chirurgie, par SILK.(*Brit. med. Journ.*, 18 janvier.) — De l'anesthésie par le bromure d'éthyle, par GILLES. (*Deut. Monat. f. Zahnh.*, n° 7, 1889.) — Recherches sur les propriétés anesthésiques des fluorures d'éthyle et de méthyle, par MOISSAN. (*Bull. Acad. de méd.*, 4 mars.) — Sur l'action anesthésique locale de la strophantine et de l'ouabaïne, par PANAS. (*Ibid.*, 18 février.) — Mort par l'éther, par MAC KIM.(*N. York med. Journ.*, 1er juin 1889.)—La cause de la mort par le chloroforme, par WOOD et HARE (*Med. News.*, 22 février.)

Anévrisme. — Leçon sur l'anévrisme, par C. HEATH. (*Lancet*, 1er février.) — Des anévrismes intra-craniens de la carotide interne et de ses branches, par EPRON. (*Thèse de Paris*, 8 janvier.)— Anévrisme du cœur, par A. PILLIET. (*Bull. Soc. anat.*, 17 janvier, p. 32.) — Anévrisme de l'aorte thoracique. Pleurésie gauche, mort par hémorragie pulmonaire, par TISON. (*Ibid.*, 28 février, p. 127.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte. Rupture dans la plèvre, par TRÉKAKI. (*Ibid.*, 21 mars, p. 173.) — Anévrisme sacciforme de la crosse aortique, emprisonnement du nerf pneumogastrique et du récurrent gauche dans du tissu scléreux, phénomènes d'angine de poitrine, mort subite pendant le sommeil, par PAULALION. (*Ibid.*, janvier, p. 9.) — Gros anévrisme latent de la partie inférieure de l'aorte thoracique, grippe, pseudo-pneumonie, hémorragie foudroyante, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 17 avril.) — Anévrisme aortique faisant saillie dans la région dorsale, par BROWNE. (*Brit. med. Journ.*, 12 avril.) — Anévrisme sacciforme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Traitement par l'électropuncture, mort par rupture de la poche dans la plèvre, par SPILLMANN et HAUSHALTER. (*Revue méd. de l'Est*, n° 3, p. 79.) — Diagnostic et traitement de l'ané-

vrisme de l'aorte, par DOUGLAS POWELL. (*Lancet*, 4 janvier. — Anévrisme abdominal, par JOSLEN. (*Brit. med. Journ.*, 8 mars.) — Anévrisme traumatique du dos consécutif à une fracture avec luxation du rachis, dû vraisemblablement aux artères lombaires, par SPENCER. (*Clin. Soc. of London*, 10 janvier.) — Anévrisme artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux droit par coup de feu intra-orbitaire, ligature des deux carotides primitives, par EMMERT. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 2, 15 janvier.) — Anévrisme spontané du pli du coude chez un cardiaque albuminurique. Opération, guérison de l'anévrisme. Mort de l'opéré, par PLUYETTE. (*Marseille méd.*, n° 11, 1889.) — Des anévrismes artériels de la main et de leur traitement par la méthode de Purmann, par MOLLIN. (*Thèse de Lyon*, n° 521.) — Anévrisme traumatique de l'humérale, volumineux et ancien. Extirpation, guérison, par CELLIER. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XV, p. 491.) — Anévrisme poplité, par ROUTIER. (*Ibid.*, XV, p. 507.) — Anévrismes des membres inférieurs, trois obs., par SYDNEY JONES. (*Lancet*, 19 avril.) — Double anévrisme poplité, ligature des deux fémorales. Guérison, par J. MICHAEL. (*Boston med. Journ.*, 28 novembre 1889, p. 540.) — Quatre cas d'anévrismes (2 diffus de la fémorale, 2 de la poplitée) traités par l'incision du sac et ligature des 2 bouts de l'artère, 4 guérisons, par ABNER POST. (*Ibid.*, 12 décembre 1889, p. 576.) — Anévrisme poplité guéri par la compression. Persistance, après deux ans et neuf mois, d'une paralysie des extenseurs, survenue au cours du traitement, par EHRMANN. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er mars.) — Anévrisme poplité, ligature de la fémorale, par STONE. (*Brit. med. Journ.*, 1er février.) — Anévrisme de l'artère poplitée au sein d'un sarcome, par CROFT. (*London pathol. Soc.*, 18 février.) — Anévrisme des artères de la jambe, par VEZES. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.)

Angine. — Traitement de l'angine granuleuse, par LUC. (*Rev. gén. de clin.*, 30 janvier.) — Des formes de l'angine de poitrine, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 2 janvier.) — Des angines de poitrine, par LEFLAIVE. (*Ibid.*, 11 janvier.

Angiome. — Remarques cliniques et anatomiques sur deux tumeurs vasculaires du cuir chevelu, par TERRIER. (*Rev. de Chir.*, janvier.) — De l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles, par REDARD. (*Gaz. méd. Paris*, 25 janvier.)

Anthrax. — Traitement de l'anthrax de la face par la teinture d'iode, par BLANQUINQUE. (*Rev. gén. de clinique*, n° 46, p. 737, 1889.)

Antisepsie. — Histoire de l'antisepsie, par LABOULBÈNE. (*Rev. scientif.*, 18 janvier.) — Résistance des germes tétaniques à l'action de certains antiseptiques, par BOSSANO et STEULLET. (*Marseille médical*, n° 12, p. 699, 1889.)

Anus. — Nouvelles méthodes opératoires pour la cure des anus contre nature, par CHAPUT. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Colotomie à l'âge de 73 ans, survie de 3 ans, par HAWKINS-AMBLER. (*Lancet*, 18 janvier.) — De la colotomie iliaque, par CLAVOT. (*Thèse de Paris*, 30 avril.) — De l'anus iliaque en deux temps par le procédé de Maydl et de Colley, par BRAQUEHAYE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 16 février.) — Traitement des anus contre nature, par PHILIPPE. (*Thèse de Paris*, 20 février.) — De la colotomie iliaque en deux temps, par RECLUS. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er mars.) — Traitement de la fistule anale chez les phtisiques, par ALLINGHAM. (*Med. Soc. of London*, 3 mars.) — Imperforation anale. Anus bien conformé, par DUFOURNIER. (*Bull. Soc. anat.*, 21 mars, p. 175.)

Aorte. — De l'aortite, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 1er janvier.) — Dégénérescence athéromateuse de l'aorte. Rupture de l'aorte abdominale. Epanchement sanguin dans la plèvre gauche, mort lente, par CAUSSADE. (*Bull. Soc. anat.*, 3 janvier, p. 4.) — Plaie par balle de l'aorte abdominale, le projectile restant dans la lumière du vaisseau, par JECKS. (*Lancet*, 12 avril.)

Appareil. — Appareil à soulèvement dit Pantocome, par BECK. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 488.) — Minerve rattachée à un corset à tuteur, par PÉRIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 487.) — Nouveau porte-aiguille pour aiguilles plates, par HAGEDORN. (*Cent.f. Chir.*, 8 mars.) — Une nouvelle curette, par JENTZER. (*Arch. de tocol.*, mars.)

Artère. — Anomalies artérielles, par ROSSI. (*Sperimentale*, janvier.) — Anomalie de l'artère pulmonaire, par ROSSI. (*Sperimentale*, février.) — De l'artério-sclérose et des affections oculaires qui en dépendent, par KŒNIG. (*Thèse de Paris*, 25 février.) — Etude des souffles artériels abdominaux, par ROVIGHI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.) — Etude des blessures de l'artère méningée moyenne, par FILLENBAUM. (*Wiener klin. Woch.*, 3 avril.) — De la suture des artères, étude expérimentale, par JESSINEWSKI. (*Inaug. Diss. Dorpat*, 1889.)

Articulation. — Note sur les ligaments huméral, transverse, coraco-acromial, coraco-huméral, par BRODIE. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Etude des articulations de la tête, par IVERSENE. (*Thèse de Lyon*, n° 508.) — Etat actuel du traitement chirurgical des affections tuberculeuses articulaires, par CROFT. (*Lancet*, 8 février.) — De l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations tibio-tarsiennes et du pied chez l'enfant, par DESREUMEAUX. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.) — Arthrectomie du genou (37 observations), par G. WRIGHT et J. COLLIER. (*Annals of Surgery*, décembre 1889, p. 401.) — Arthrectomie, abrasion des jointures, par OWEN. (*Med. chir. trans.*, LXXII, p. 57.) — Traitement de la tuberculose articulaire par les injections iodoformées, par KRAUSE. (*Mercredi méd.* 15 janvier.) — Injections interstitielles d'éther iodoformé et ignipuncture dans le traitement des fongosités articulaires, par MESNARD. (*Soc. de méd. de Bordeaux*, 10 mars.) — Deux cas d'excision des bourses synoviales près de grandes articulations, par CLUTTON. (*Lancet*, 1er février.) — Comment agit la traction dans le traitement de la coxalgie, par JUDSON. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 2.) — Traitement des abcès dans la coxalgie, par R. LOVETT. (*Boston med. Journ.*, 21 novembre 1889, p. 503.) — Le traitement opératoire de la coxalgie, par DE FOREST VILLARD. (*Med. News*, 5 avril.) — Sur deux cas d'ankylose coxofémorale double, par PERMAN. (*Arsb. fran-Sabbatsbergs Sjukhus, Stockholm*, 1889.) — Paralysie spinale subaiguë, relâchement paralytique des articulations scapulo-humérales, opération d'arthrodèse, par EULENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 45, 20 janvier.) — De l'ostéoclasie sus-condylienne du fémur et de la résection du genou dans les ankyloses osseuses de cette articulation, par OLLIER. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 2.) — De l'arthrodèse, par ROCHARD. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 2.) — Du traitement des entorses du pied, par RECLUS. (*Bull. méd.*, 22 janvier.) — Traitement des entorses, par DUHAMEL. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er avril.) — Sur une déformation particulière du genou simulant la luxation en arrière, par KIRMISSON. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 3.) — Contribution à la pathologie des corps articulaires, par PATTESON. (*Journ. of anat.*, avril.) — Des corps intra-articulaires de provenance osseuse et d'origine traumatique, par PICHON. (*Thèse de Lyon*, n° 514.) — Corps étranger du genou, extraction après anesthésie au moyen de la cocaïne, par LEGRAND. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Corps articulaires du genou, par ROBINSON. (*Pathol. Soc. London*, 4 mars.)

Asthme. — L'asthme réflexe d'origine nasale, par POTTER. (*Buffalo med. Journ.*, mars.) — L'asthme comme névrose, par CARPENTER. (*Med. News*, 4 janvier.) — De l'asthme, par KEE. (*Times and Register*, 4 janvier.) — De l'asthme, par CARPENTER. (*Ibid.*, 4 janvier.)

Autoplastie. — Opération plastique d'un membre inférieur palmé dans toute sa hauteur, par G. WOLFF. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 922, 21 octobre.) — Du double plan de lambeaux comme moyen de réparer certaines pertes de substance intéressant à la fois les parties molles et le squelette de la région sous-orbitaire, par TRIPIER. (*Rev. de chir.*, février.)

B

Bactériologie. — Un exemple de bactériologie au XIIe siècle, par NIELSEN. (*Cent. f. Bakt.* VII, n° 9.) — Des rapports entre les maladies et les microbes pathogènes, par ROGER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 mars.) — Sur l'action des bactéries dans le cours des maladies infectieuses, par WOODHEAD et WOOD. (*Lancet*, 22 février.) — Etude des anaérobies, par KITASATO et WEYL. (*Zeit. f. Hygiene*, VIII, 1.) — Sur un nouveau type de formation de spores dans les bactéries endospores, par KLEIN. (*Ber. d. deuts. bot. Geselsch.*, 1889.) — Les microbes lumineux, par HÉRICOURT. (*Rev. scient.*, 12 avril.) — Biologie du bactérium phosphorescent, par LEHMANN. (*Verhandl. d. phys. med. Ges. Würzburg*, p. 42, 1889.) — Le photobactérium luminosum, bactérie lumineuse de la mer du Nord, par BEYERINCK. (*Arch. néerland.*, XXIII, p. 401.) — Les bactéries lumineuses dans leurs rapports avec l'oxygène, par le même. (*Ibid.*, p. 416.) — Des cornues à fermentation en bactériologie, par SMITH. (*Cent. f. Bakt.*, VII, n° 16.) — Les ferments d'origine microbienne, leur action sur la gélatine, la fibrine et les hydrocarbures, par FERMI. (*Arch. f. Hyg.*, X, 1.) — De la gélatine et de la fibrine solubles et des ferments diastasiques des microorganismes, par FERMI. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 15.) — De l'action de l'ozone sur les bactéries, par OBERDOERFFER. (*Inaug. Diss. Bonn.*, 1889.) — L'auxanographie ou méthode de l'hydrodiffusion dans la gélatine appliquée aux recherches microbiologiques, par BEYERINCK. (*Arch. néerland.*, XXIII, p. 367.) — De l'influence destructive des grandes masses d'eau sur les microbes et les matières organiques, par CAZENEUVE. (*Lyon méd.*, 2 mars.) — Sur un bacille pseudo-typhique trouvé dans les eaux de rivière, par CASSEDEBAT. (*Acad. des sc.*, 14 avril.) — Note sur le développement des microbes pathogènes dans le sérum des animaux vaccinés, par CHARRIN et ROGER. (*Soc. Biologie*, 23 novembre 1889.) — Recherches bactériologiques sur la grêle, par FOUTIN. (*Wratch*, n° 49, 1889.) — Sur le microbe de la suppuration bleue, par CADÉAC. (*Lyon méd.*, 16 février, p. 244.) — Sur les bactéries de la putréfaction du pus bleu et pyogène des urinaires, par CORNIL. (*Journ. connais. méd.*, 2 janvier.) — Sur les fonctions chromogènes du bacille pyocyanique, par GESSARD. (*Acad. des Sc.*, 24 février.) — Du bacille pyocyanique, par FERRARI et CORSINI. (*Ateneo med. parmense*, n° 3, 1889.) — Sur le vibrion septique, par LINOSSIER. (*Lyon méd.*, 12 janvier.) — Sur un nouveau streptococus pathogène, par VINCENZI. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 4.) — Des propriétés pathogènes du staphylocoque pyogène aureus chez les animaux, par BURCHINSKI. (*Wratch*, n° 46.) 1889.) — Recherches bactériologiques et chimiques sur le beurre caséeux, par KRUGGER. (*Cent. f. Bakt.*, VII, n° 14.) — De la présence des microbes

pathogènes dans les sécrétions buccales, par KREIBOHM. (*Thèse de Gottingue*, 1889.) — Etude du bacille de Friedlaender, par MANDRY. (*Forts. d. Med.*, VIII, n° 6.) — Nouvelle méthode simplifiée et rapide pour la recherche du bacille de Koch dans les expectorations tuberculeuses, par DINEUR. (*Bull. Soc. belge de microscop.*, XV.) — Bactéridies charbonneuses osporogènes, par ROUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, janvier.) — Des caractères distinctifs du streptocoque de la méningite cérébro-spinale épidémique et du diplococque de la pneumonie, par BONOME. (*Cent. f. Bakt.*, VII, n° 13.) — Recherches bactériologiques sur l'intervention des microbes dans les complications génitales de la blennorragie, par ERAUD. (*Lyon méd.*, 9 février) — Recherches bactériologiques dans des cas d'abcès pelviens, de salpingites purulentes et d'abcès de l'ovaire, par BOISLEUX. (*Ibid.*, 16 février.) — Le microbe pathogène de la maladie des jeunes chiens, son usage pour une inoculation prophylactique, par MILLAIS. (*Brit. med. Journ.*, 12 avril.)

Bain. — De l'absorption par la peau pendant le bain, par KELLER. (*Journ. d'hyg.*, 23 janvier.) — De l'assimilation et des échanges organiques du fer, sodium, calcium, magnésium sous l'action des bains russes, par GRUSDEW. (*Wratch*, n° 9.) — De l'action des bains de mer, par HILLER. (*Zeit. f. klin. Med.* XVII, *Suppl. Band.*)

Bassin. — Contribution à l'anatomie du plancher pelvien, par HERMAN. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 263.) — Cellulite pelvienne ou pelvi-cellulite, par CHÉRON. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 janvier.) — Des abcès pelviens chez la femme, par W. PARISH. (*Journ. of amer. Assoc.*, 18 janvier, p. 85.) — Ouverture des abcès profonds du bassin chez la femme par la laparotomie, par TERRILLON. (*Journ. de méd.*, *Paris*, 23 mars.) — Cas de trépanation de l'os iliaque pour un abcès iliaque, par MC GILL. (*Lancet*, 5 avril.) — Rétrécissement transversal du bassin consécutif à une fracture, par V. MARS. (*Arch. für Gyn.*, XXXVI, 2.) — Un cas de bassin spondylolisthésique, par OTTO V. HERFF. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVII, 2.)

Bec-de-lièvre. — Bec-de-lièvre compliqué, confirmation de la théorie d'Albrecht, par EHRHARDT. (*Bull. Soc. Anat.*, 17 janvier, p. 26.)

Beriberi. — Un cas de beriberi traité par la suspension, par CANTANI. (*Giorn. internat. d. sc. med.*, n° 1.)

Biliaires (Voies). — Lithiase biliaire, goitre exophtalmique, asystolie, cirrhose cardiaque, compression de la veine cave inférieure, guérison, par DESPLATS. (*Journ. sc. méd., Lille*, 3 janvier.) — Fistule biliaire avec issue de calculs, par TAYLOR. (*London clin. Soc.*, 14 février.) — Cholécystentérotomie, par DELAGÉNIÈRE. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.)

Blennorragie. — De la nature infectieuse de la blennorragie, par RAYNAUD. (*Journ. des mal. cutan.*, février.) — De la blennorragie latente chronique chez l'homme, par FINGER. (*Wiener med. Woch.*, 25 janvier.) — Des urétrites chroniques blennorragiques, par BAZY. (*Progrès médical*, 4 janvier.) — De la blennorragie chez la femme, par SAENGER. (*Ann. de gynéc*, février.) — Traitement de la gonorrhée par le salol, par LANE. (*Lancet*, 22 mars.) — Traitement de l'urétrite blennorragique par le salol, par GIRAUD. (*Thèse de Paris*, 9 janvier.) — De la monoarthrite blennorragique chez la femme, par AUVERGNIOT. (*Thèse de Paris*, 13 mars.) — Traitement de l'arthrite blennorragique par le cataplasme de Trousseau, par MIROPOLSKY. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Traitement de l'endométrite cervicale blennorragique, par BARDUZZI. (*Giorn. mal. vener.*, XXV, 1.)

Bouche. — Sensation subjective de la bouche, langue, chez les femmes, par HADDEN. (*Lancet*, 25 janvier.) — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandules de la muqueuse buccale, par DE LARABRIE. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Bronche. — Tubes fibrineux provenant d'une bronchite pseudo-membraneuse, par WEST. (*London path. Soc.*, 18 mars.) — Diagnostic différentiel entre la broncho-pneumonie tuberculeuse des enfants, par HUTINEL. (*Gaz. des hôp.*, 30 janvier.)

Brûlure. — Pathologie de la duodénite suite de brûlures, par HUNTER. (*Pathol. Soc. of London*, 7 janvier.) — Ulcère du duodénum après une brûlure, par PAGET. (*Brit. med. Journ.*, 18 janvier.) — Constatations cliniques et anatomiques après des brûlures étendues de la peau, par SILBERMANN. (*Centralbl. f. med. Wiss.*, 1889, p. 513.) — Opérations plastiques du cou et du bras pour cicatrices vicieuses par brûlures, par CROFT. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 349.)

C

Cancer. — Contribution à la connaissance de la fréquence du cancer en Finlande, par HOLSTI. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXI, n° 12). — Nouvelle contribution à l'étude du cancer en Normandie, par ARNAUDET. (*La Normandie méd.*, 1er avril.)

Cartilage. — Sur un cas d'enchondrome à développement rapide, par SENEBIER. (*Lyon méd.*, 13 avril.)

Cellule. — La théorie cellulaire, passé et présent, par TURNER. (*Journ. of anat.*, janvier.) — De la combinaison du cancer et de la tuberculose, par LOEB. (*Inaug. Diss. Munich*, 1889.) — La physiologie du protoplasma, par BURDON SANDERSON. (*Rev. scientif.*, 18 janvier.) — La théorie des phagocytes et le gonococcus, par BUMM. (*Verhandl. d. phys. med. Ges. Würzburg*, p. 3, 1889.) — Des clasmatocytes, par RANVIER. (*Acad. des sc.*, 27 janvier.)

Cerveau. — Épithélium ventriculaire du cerveau de la grenouille, par WIGHTMANN. (*Studies from phys. laborat. Hopkins Univ.*, IV, 5.) — Les fissures complètes du cerveau humain, leur signification en rapport avec la grosseur de l'hémisphère et l'apparition du lobe occipital, par CUNNINGHAM. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Sillon intra-pariétal du cerveau, par CUNNINGHAM. (*Ibid.*, janvier.) — Examen de 1,565 cerveaux à l'asile de Wakefield pendant une période de 11 ans, par ST-JOHN BULLEN. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Les fonctions du cerveau, par SOURY. (*Arch. de Neurol.*, n° 56.) — Mécanisme de l'alimentation sanguine du cerveau, par RICHARD GEIGEL. (*Stuttgard.*) — Physiologie et hygiène du cerveau et des fonctions intellectuelles, par GUYOT-DAUBÈS. (*In-8°, Paris.*) — Vacuolation nucléaire dans les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, par WHITWELL. (*Brain*, n° 48.) — Sur le vertige d'origine bulbaire, par BUZZARD. (*Lancet*, 25 janvier.) — Une localisation cérébrale, par CHAVERNAC. (*Marseille méd.*, n° 1, p. 17, et *Union méd.*, 6 février.) — Præmonitorium apoplecticum, par MIRCOLI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.) — Deux cas de paralysie cérébrale congénitale et infantile, par SIMPSON. (*Brit. med. journ.*, 8 février.) — Hémiplégie sans lésions en foyer de l'encéphale, par PILLIET. (*Progrès médical*, 15 février.) — Pronostic et traite-

ment de l'hémiplégie, par BASTIAN. (*Mercredi méd.*, 26 mars.) — Tubercule volumineux du cerveau, par RIVET. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Gomme du cerveau simulant le syndrome de la paralysie générale, par TARGOULA. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Un cas de gliome cérébral très étendu des deux hémisphères et du corps calleux, par ORAZIO D'ALLOCO. (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 4, p. 169, 1889.) — Tumeur cérébrale des lobes frontaux, par GRIFFITH et SHELDON. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — Tumeurs cérébrales, par CHABALIER. (*Lyon méd.*, 9 mars.) — De l'ablation des tumeurs de la zone motrice du cerveau, par MARET. (*Thèse de Paris*, 9 janvier.) — Contribution à la chirurgie du cerveau, par DECRESSAC. (*Thèse de Paris*, 13 février.) — Les troubles sensoriels, organiques et moteurs, consécutifs aux traumatismes du cerveau, par AZAM. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Hémorragie sous-durémérienne comprimant l'aire motrice gauche, commotion cérébrale, par LAWSON. (*Lancet*, 8 mars.) — Abcès cérébral localisé, trépanation, par WILLIAMSON. (*Brit. med. journ.*, 1er février.) — Ostéite du frontal et fongosités tuberculeuses de la dure-mère; ablation des os et de la dure-mère malades; guérison, par DELORME. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 583.) — Du traitement chirurgical des abcès du cerveau, par MOOS. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 3 et 4.) — Un cas d'abcès du cervelet suite d'otite, opéré avec succès par Macewen, par BARR. (*Ibid.*) — Les suites d'un abcès cérébral. Trépanation, par WRIGHT. (*New York med. Record.*, p. 461, 26 octobre 1889.) — Abcès du cuir chevelu, thrombose du sinus longitudinal supérieur. Abcès pyohémiques du cerveau et des poumons, par NORTHRUP. (*Ibid.*, p. 667, 14 décembre 1889.) — Sur l'anatomie et le traitement de l'hydrencéphalocèle, par A. GÖBL. (*Zeitschrift für Heilhunde*, n° 5, p. 384, 1889.) — Considérations sur l'origine, le mode de développement et le traitement de certaines encéphalocèles, par BERGER. (*Rev. de chir.*, avril.) — Encéphale et crâne d'une microcéphale, par MINGAZZINI et FERRARESI. (*Untersuch. zür Naturlehre von Jac. Moleschott Bd.* XIV, p. 103.)

Cervelet. — Abcès du cervelet, trépanation, mort, par BRYDEN. (*Brit. med. journ.*, 29 mars.)

Césarienne (Opération). — De l'opération césarienne, par BLANC. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Contribution à l'opération de Porro, par BEAUCAMP. (*Arch. für Gyn.*, XXXVI, 2.) — Sept nouvelles observations d'opération césarienne conservatrice, par HERTZSCH. (*Ibid.*, XXXVII, 1.) — Opération de Porro pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant dans un cas de fibrome du col, par V. OTT. (*Ibid.*, XXXVII, 1.) — Simplification de l'opération césarienne, par LEOPOLD. (*Ibid.*, XXXVI, 3.) — Etude sur l'opération césarienne et sur ses procédés de suture, par MUENCHMEYER. (*Ibid.*, XXXVII, 2.) — Opération césarienne, par WINCKEL. (*Centr. für Gyn.*, 30 novembre.) — Indications et perfectionnements de l'opération de Porro, par SUTUGIN. (*Ibid.*, 14 décembre.) — Un cas d'ostéomalacie guérie par l'opération de Porro, par ZWEIFEL. (*Ibid.*, 11 janvier.) — La question de l'opération césarienne, par SAENGER. (*Ibid.*, 15 mars.) — Une opération césarienne heureuse, bassin rétréci à la suite d'une résection de la hanche, par KASCHKAROFF. (*Ibid.*, 19 avril.) — L'opération césarienne à l'institut obstétrical de Dresde, par VARNIER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 5 avril.) — De l'opération césarienne, par BLANC. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Opération césarienne conservatrice, guérison de la mère, enfant vivant, par GOULLIOUD. (*Lyon méd.*, 23 mars.) — Opération césarienne, mort, par HAWARD VAN BUREN. (*Lancet*, 22 mars.) — Travail compliqué par une tumeur fibreuse, opération césarienne, par GIBB. (*Med. News*, 29 mars.) — De l'opération césarienne, par CAMERON. (*Brit. med. journ.*, 15 mars.) — Opé-

ration césarienne pour bassin ostéomalacique, par Mc Gowan. (*Ibid.*) — Opération césarienne, bassin plat rétréci, mort en 60 heures, par Collingworth. (*Lancet*, 4 janvier.) — Operation césarienne de Porro pour un bassin cordo scoliotique par rachitisme, guérison, par Raineri. (*Riv. di ostet.*, I, n° 4.) — Deux cas d'opération césarienne, méthode de Porro pour indications rares, par Mangiagalli. (*Ann. di ostetric.*, mars-avril.)

Champignon. — Sur les matières grasses de deux champignons appartenant à la famille des hyménocètes, par Gérard. (*Journ. de pharm.*, 15 avril.) — Un cas de métastase de muguet dans le rein, par Schmorl. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 11.) — Sur la fermentation alcoolique et la transformation de l'alcool en aldéhyde provoqués par le champignon du muguet, par Linossier et Roux. (*Acad. des sc.*, 21 avril.)

Chancre. — Du sous-benzoate de bismuth dans le traitement du chancre mou, par Finger. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 1.) — Traitement du chancre simple et de ses complications, par Morel-Lavallée. (*Gaz. des hôp.*, 25 février.) — Histoire d'un chancre mou de l'anus, par Coulhon. (*Gaz. des hôp.*, 18 février.)

Charbon. — Charbon intestinal humain, par Bouisson. (*Thèse de Paris*, 5 février.)

Chimie. — De l'emploi de l'acide trichloracétique dans les analyses de chimie physiologique, par Fritz Obermeyer. (*Med. Jahrb.*, LXXXIV, p. 375.)

Chirurgie. — Compte rendu annuel de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Marseille, par Villeneuve. (*Marseille méd.*, n° 11, 1889.) — Les origines et les tendances de la chirurgie moderne, par Reclus. (*Rev. scientif.*, 25 janvier.) — Chirurgie antiseptique, par Vance. (*M'Dowell med. Soc.*, 29e session.) — Etude sur les divers emplois du plomb métallique en chirurgie, par Lesueur Florent. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.)

Chlorose. — Influence de la scrofulo-tuberculose sur le développement de la chlorose, par Jolly. (*Thèse de Paris*, 20 février.) — De la chlorose, par A. Wilhelmi. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 47, 1889.) — Phlegmatia alba dolens et chlorose, par Rendu. (*Semaine méd.*, 30 avril.)

Choléra. — Sur la vaccination cholérique, par Gamaleia. (*Soc. Biologie*, 30 novembre 1889.) — Contribution à l'étude du poison cholérique, par Winter et Lesage. (*Bull. méd.*, 9 avril.) — Sur l'action diarrhéique des cultures du choléra, par Gamaleia; réflexions, par Bouchard. (*Acad. des sc.*, 24 mars.) — Le bacille du choléra dans le sol, par de Giaxa. (*Ann. de microg.*, n° 5.) — Etiologie du choléra, par Hehir. (*Indian med. Gaz.*, décembre, 1889.) — Epidémie de choléra aux casernes de la citadelle d'Hanoï (avril-mai 1888) et fumigations sulfureuses, par Solland. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Etude du choléra des poules, par Karlinski. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 11.)

Chorée. — De la chorée fibrillaire, par Morvan. (*Gaz. hebd. de méd.*, 12 avril.) — 80 cas de chorée, antécédents, histoire familiale, état du cœur, etc., par Herringham (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 117.) — Rapports de la chorée et du rhumatisme, 80 cas de chorée, par Garrod. (*Ibid.*, LXXII, p. 145.) — Chorée grave, terminaison mortelle par dilatation paralytique aiguë de l'estomac, par Brown. (*Lancet*, 19 avril.) — Chorée guérie par suggestion, par Jaffe. (*Münch. med. Woch.*, 9 juillet 1889.) — La fréquentation de l'école est-elle pour quelque chose dans la fréquence

de la chorée chez les enfants, par KŒRNER. (*Centralbl. für klin. Med.*, n° 43, 1889.)

Choroïde. — Ossification de la choroïde et décollement en parapluie de la rétine ayant provoqué une ophtalmie sympathique, par EHRHARDT. (*Bull. Soc. anat.*, 17 janvier, p. 25.)

Chylurie. — Cas de chylurie traumatique, par LEIGH HUNT. (*Brit. med. journ.*, 22 février.)

Cicatrice. — Etude sur les chéloïdes, par FISCHER. (*Inaug. Diss. Munich*, 1889.) — De la chéloïde; symptomatologie et anatomie pathologique, par LELOIR et VIDAL. Traitement de la chéloïde et de la cicatrice hypertrophique, par VIDAL. (*Ann. de dermat.*, I, n° 3.)

Circulation. — Etudes sphygmophographiques, par BERNSTEIN. (*Forts. d. Med.*, VIII, n° 4.) — Influence de la respiration sur la circulation, par SCHULTZE. (*Wiener med. Blätter*, n° 9.) — Le pouls capillaire, sa pathogénie, sa valeur séméiotique, par CONTE. (*Thèse de Paris*, 13 février.) — Le pouls lent, par NATHAN MEYER. (*New York med. Record.*, p. 658, 14 décembre 1889.)

Climat. — L'individualité comme base du traitement climatérique rationnel, par ABBOT. (*Med. News*, 18 janvier.) — De la pathologie des altitudes, par RESTREPO. (*Thèse de Paris*, 23 janvier.)

Cœur. — Sur le rapport entre la pression artérielle et le rythme du cœur, par FODERA. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 4.) — Expériences relatives à l'innervation du cœur, par GAGLIO. (*Bull. delle sc. med.*, mai 1889.) — L'excitation graduée du pneumogastrique cardiaque, par E. HUEFLER. (*Arch. für Physiologie*, 1889, p. 293.) — Observations pléthysmographiques sur la grenouille, par KATZENSTEIN. (*Arch. für Physiologie*, 1889, p. 258.) — Du choc du cœur, par RIEGEL. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 3 et 4.) — Un cas de dextrocardie avec transposition de tous les gros vaisseaux, par REDDINGIUS. (*Weekblad v. h. Ned. tijdschr. v. Geneeskunde*, n° 15.) — Malformation du cœur, large ouverture de la cloison interauriculaire, persistance du trou ovale et sténose de l'orifice aortique, par GREENFIELD (*Journ. of anat.*, avril.) — Modifications microscopiques des organes dans un cas de cyanose avec malformation congénitale du cœur, par CARPENTER. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — Anomalie du cœur, par BERGER. (*Bull. Soc. anat.*, 14 mars, p. 152.) — Sur un cas de malformation du cœur, par AUDRY et LACROIX. (*Lyon méd.*, 9 mars.) — Péricarde adhérent, enfant de 13 mois, par NORTHRUP. (*New York med. Record.*, 31 août 1889.) — Maladie du cœur d'origine émotive, par LEE. (*Lancet*, 22 février.) — Historique résumé de la pathologie cardio-vasculaire, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — Rapports des lésions organiques du cœur gauche avec la tuberculose pulmonaire, par A. LAPEYRE. (*Thèse de Montpellier*, n° 12.) — Sur une nouvelle maladie organique du cœur : la myocardite segmentaire essentielle chronique, par RENAUT. (*Bull. Acad. de méd.*, 18 février.) — Diagnostic de la symphyse cardiaque, par POTAIN. (*Bullet. méd.*, 26 février.) — Cas d'hypertrophie simple du cœur, par BENNETT. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — Battements paroxysmiques (tachycardie) du cœur, par WEST. (*Lancet*, 22 mars.) — Tachycardie chez une accouchée hydrémique, par STOCKER. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 novembre 1889.) — Sur les véritables compensations des maladies valvulaires du cœur, par DRASCH. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 51, 1889.) — Grandes scléroses cardiaques, par NICOLLE. (*Thèse de Paris*, 26 février.)

— Observation d'ascite d'origine cardiaque, 70 ponctions, par PERREY. (*Bull. Soc. de Méd. La Rochelle*, p. 87, 1887.) — Quelques particularités sur les affections du cœur; de l'insuffisance et du rétrécissement mitral; de la signification du bruit du galop, par PETER. (*Gaz. des hôp.*, 21 janvier.) — Du rétrécissement mitral par influence réciproque du rétrécissement et de la grossesse, par Mme LOWENTHAL. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — L'insuffisance cardiaque dans ses rapports avec l'avortement, par HANDFIELD JONES. (*Brit. med. journ.*, 15 mars.) — Le pouls du voile du palais et de la luette dans l'insuffisance aortique, par MERKLEN. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 mars.) — Des rétrécissements de l'artère pulmonaire, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 7 janvier.) — Etiologie et pathogénie de l'endocardite, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Endocardite rhumatismale du cœur droit. Lésion mitrale, par LAFFITE. (*Bull. Soc. anat.*, 21 mars, p. 168.) — Endocardite infectieuse, par RAOULT. (*Ibid.*, 14 février, p. 78.) — Sur l'endocardite infectieuse à propos de la communication de M. Girode, par PERRET et RODET. (*Soc. Biologie*, 21 décembre 1889.) — Nature des endocardites infectieuses, par LION. (*Thèse de Paris*, 27 février.) — Traitement de l'arythmie cardiaque due aux maladies du rein et du système vasculaire, par PATTON. (*Med. News*, 12 avril.) — Des progrès récents réalisés dans le traitement pharmaceutique des maladies du cœur, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 26 février.) — Traitement diétético-mécanique de quelques maladies du cœur, par EICHER. (*Rev. d'hyg. thérap.*, janvier.) — Les bromures alcalins dans les cardiopathies, par LITCHEIS. (*Bull. méd. des Vosges*, janvier.) — Du cactus grandiflorus dans quelques maladies du cœur, par JONES. (*Brit. med. journ.*, 11 janvier.) — Sur un cas de concrétions calcaires du cœur et du péricarde, par DAVID DRUMMOND. (*Amer. J. of the med. Sc.*, fév., p. 153.) — Un cardiolithe, par DELÉPINE. (*Pathol. Soc. of London*, 7 janvier.) — Des kystes puriformes du cœur, par ALLARD. (*Thèse de Paris*, 6 février.) — Tolérance remarquable pour les blessures du cœur, par FUBINI et SPALLITTA. (*Untersuch. zur Natur. von Moleschott*, XIV, p. 27.) — Suicide par blessure du cœur au moyen d'une épingle, par MAGNAN. (*Soc. de méd. légale*, 21 avril.) — Rupture spontanée du cœur. Oblitération de l'artère coronaire droite. Maladie de Hodgson, par F. ARNAUD. (*Marseille méd.*, n° 12, 1889.) — Rupture spontanée de l'oreillette gauche, par MACKINTOSH. (*Lancet*, 1er février.)

Conjonctif (Tissu). — De l'accroissement du tissu conjonctif, par SALVIOLI. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 3.)

Conjonctive. — Un cas d'abcès métastatique de la conjonctive bulbaire, par ADLER. (*Wiener med. Presse*, n° 15, 1889.) — Un cas d'atrophie essentielle avec kérasis de la conjonctive, par EMMERT. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 2, p. 42, 15 janvier.)

Coqueluche. — Altérations rénales dans la coqueluche, par MIRCOLI. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 1.) — Résorcine dans la coqueluche, par ANDERS. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 721, 1889.) — De l'emploi de l'antipyrine dans la coqueluche, par WINDELSCHMIDT. (*Cent. f. Therap.*, janvier.) — Traitement de la coqueluche par l'antipyrine, par DUBOUSQUET-LABORDERIE. (*Soc. de thérap.*, 23 avril.)

Cornée. — Structure fine de la cornée, les prétendues cellules de la cornée, par HEITZMANN. (*Journ. de micrographie*, 10 janvier.) — Notice sur la kératite ponctuée, par SCHLŒSSER. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, décembre 1889.) — Les kératites infectieuses et leur traitement, par VALUDE. (*Semaine méd.*, 29 janvier.) — De l'origine microbienne des kératites et de leur traitement, par DECAUX. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Des abcès

de la cornée, par HANSELD. (*Med. News*, 8 mars.). — Traitement interne des kératites infectieuses par la liqueur de Van Swieten, par MONIN. (*Thèse de Lyon*, n° 518.) — Emploi de l'ésérine dans les ulcères de la cornée, par SCHWEINITZ. (*Med. News*, 29 mars.) — Du tatouage dans l'opacité de la cornée, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 2 mars.)

Corps étrangers. — 4 cas de corps étrangers des voies aériennes, par PITTS (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — Mort subite par introduction de lait dans les voies aériennes, par MÜLLER. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er avril.) — Corps étranger, haricot, ayant séjourné neuf jours dans la trachée; emphysème sous-cutané, trachéotomie, guérison, par DOUART. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Sangsue dans la région sous-glottique, extraction par les voies naturelles, par FICANO. (*Rev. de laryng.*, 1er février.) — Deux cas d'obstruction partielle d'une bronche par un corps étranger, remarques sur la trachéotomie pour son ablation, par BRYANT. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 439.) — Extraction d'une balle logée dans le rocher droit, guérison, par KIRMISSON. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XV, p. 562.) — Corps étranger de l'œsophage, par DELBET. (*Soc. anat.*, janvier, p. 42.) — 1° Œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchette. — 2° Taille stomacale pour extraire une cuillère à café logée dans l'estomac depuis dix-huit jours, par PÉRIER. (*Acad. de méd.*, 29 avril, et *Gaz. des hôp.*, 1er mai.) — Corps étranger de l'œsophage, œsophagotomie, guérison, par MAC FARLANE. (*Canadian Practitioner*, janvier.) — Corps étranger du cerveau, par WILKINS. (*Brit. med. journ.*, 8 mars.)

Crâne. — La suture frontale orbito-maxillaire chez l'homme, variétés de l'os lacrymal, par THOMSON. (*Journ. of anat.*, avril.) — Les anomalies de l'occipital expliquées par l'anatomie comparée et le développement, par LUCY. (*Thèse de Lyon*, n° 500.) — Les fractures de la base du crâne, par F.-S. DENNIS. (*New York med. Record.*, p. 566, 23 novembre 1889.) — Des fractures de la base du crâne par contre-coup, par MALAFOSSE. (*Thèse de Lyon*, n° 501.) — Fracture comminutive avec enfoncement du crâne, fracture de la base et paralysie faciale, par LEDIARD. (*Lancet*, 4 janvier.) — Fracture comminutive du crâne avec plaie et hernie consécutive du cerveau, guérison, par MASON. (*Lancet*, 12 avril.) — Plaie pénétrante du crâne ; double trépanation pour la recherche du projectile, par PEYROT. (*Rev. gén. de clinique*, n° 47, p. 753 ; 1889.) — Présentation d'une pièce relative à une fracture du crâne. Déductions sur la trépanation primitive dans ses rapports avec les localisations cérébrales, par KIRMISSON. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XV, p. 627.) — Otite suppurée, suppuration intra-crânienne, trépanation, mort, par OGSTON. (*Brit. med. journ.*, 19 avril.) — Traitement chirurgical de la compression intra-crânienne, par TUKE. (*Brit. med. journ.*, 4 janvier.) — De la résection temporaire de la voûte du crâne, par WOLFF. (*Cent. f. Chir.*, 4 janvier.) — Sur la question des résections temporaires du crâne à la place de la trépanation, par W. MUELLER. (*Cent. f. Chir.*, n° 4, 25 janvier.) — Sur une variété de tumeurs confluentes du cuir chevelu siégeant également sur la peau d'autres régions, par PONCET. (*Rev. de chir.*, mars.)

Crémation. — Etude critique sur la crémation, par SENDRAL. (*Thèse de Lyon*, n° 509.) — De la crémation des morts, par BÉCOUR. (*Bull. méd. du Nord*, n° 16, p. 499 ; 1889.)

Criminel. — Etude d'un criminel, par ELLIS. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Le criminel, par BROUARDEL. (*Gaz. des hôp.*, 20 mars.) — Caractères de la femme criminelle, par MARRO. (*Arch. di psichiat.*, X, 6.) — Les fac-

teurs individuels dans le délit politique, par LOMBROSO et LACCHI. (*Arch. di psichiat.*, X, 6.)

Cristallin. — Cataracte congénitale capsulaire centrale, par EMMERT. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 2, p. 42, 15 janvier.) — Luxation traumatique du cristallin illustrant la théorie de l'accommodation visuelle, par HARLAN. (*Med. News*, 5 avril.) — De la kystectomie dans l'opération de la cataracte, par BOURGEOIS. (*Bull. gén. de thér.*, 15 février.) — De l'opération de la cataracte, spécialement par le procédé de GAYET, par SCHMIDT-RIMPLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 89, 27 janvier.) — Notes sur une série de cent opérations de cataracte, par SWANZY. (*Brit. med. journ.*, 8 mars.) — Note sur 19 opérations de cataracte, par DESCHAMPS. (*Soc. de méd. de l'Isère*, 14 mars.) — Du traitement de la cataracte diabétique, par CALAMY. (*Thèse de Paris*, 13 mars.)

Croissance. — La croissance, son rôle en pathologie, par SPRINGER. (*Thèse de Paris*, 6 février.) — Les maladies de croissance, par COMBY. (*Arch. gén. de méd.*, février.)

D

Daltonisme. — Epreuves pour le daltonisme, par GROSSMANN. (*Brit. med. journ.*, 11 janvier.) — Daltonisme, par BICKERSON. (*Brit. med. journ.*, 8 mars.)

Démographie. — Considérations démographiques et nosographiques sur la maison départementale de Nanterre, par MARY. (*Thèse de Paris*, 13 mars.)

Dengue. — De la fièvre dengue, par CHRUSOCHOVS. (*Galenos*, p. 593; 1889.) — *Idem*, par STAMATIADES. (*Ibid.*, p. 577.) — Un cas de fièvre dengue à Buda-Pesth, par STILLER. (*Orvosi hetilap.*, n° 7.) — La fièvre dengue à Kells, par RINGWOOD. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 28 février.)

Dent. — Bibliographie française de l'art dentaire, par DAVID (In-8°, 310 p., *Paris*.) — Sur les accidents immédiats produits par l'avulsion des dents sur les racines maxillaires à l'état sain, par GIRARD. (*Thèse de Paris*, 20 février.) — De la périodontite expulsive et de son traitement, par RICHER. (*Thèse de Paris*, 14 février.) — De l'emploi des injections de cocaïne dans les extractions dentaires, par RODIER. (*Thèse de Paris*, 20 mars.)

Désinfection. — Des propriétés désinfectantes du crésol; sur la question de la désinfection, par C. FRAENKEL. (*Zeit. f. Hyg.*, VI, p. 521.) — Du désinfectol et de son action désinfectante sur les matières fécales, par BESELIN. (*Cent. f. Bakt.*, VII, n° 12.) — Nouvelles expériences sur la désinfection des appartements et des objets qui les meublent, à l'aide de l'acide sulfureux, par AUBERT. (*Bull. gén. de thér.*, 30 janvier.) — La désinfection des maisons par l'acide sulfureux, par C. EDSON. (*New York med. Record*, p. 533, 16 novembre 1889.) — Sur l'action antiseptique de l'eau oxygénée et sur l'influence de la température dans la désinfection, par N. PANE. (*Rivista clinica e terap.*, n° 1, p. 10.) — Les étuves à désinfection, par ADOLPH KUHN. (*Berliner klinische Woch.*, 27 janvier.)

Diabète. — Diagnostic différentiel de la glycosurie et du diabète, par DUHOMME. (*Ann. de thér. méd. chir.*, février.) — Sur le diabète, par LÉPINE.

(*Lyon méd.*, 23 février.) — Les diabètes glycosuriques, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 28 janvier.) — Absence du réflexe rotulien dans le diabète, par SALOMONSEN. (*Nederl. Tidj. voor Geneesk.*, 15 mars.) — Névrite du nerf circonflexe dans le diabète, par ALTHAUS. (*Lancet*, 1er mars.) — Glossite et ulcère de la langue chez un diabétique, par FOURRIER. (*Rev. gén. de clinique*, n° 4, p. 50.) — Myopie diabétique, par HIRSCHBERG. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, janvier.) — L'acétonurie et ses rapports avec le coma diabétique, par WEST. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 91.) — Diastase du malt dans le diabète expérimental, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 6 avril.) — Coma diabétique traité par les injections salines dans les veines, par DICKINSON. (*Clinic. Soc. London*, 28 février.)

Digestion. — De l'auto-digestion des organes, par SALKOWSKI. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — Sur les peptonisations provoquées par le chloroforme et quelques autres substances, par DENYS et DE MARBAIX. (*La Cellule*, V, fasc. 2.)

Diphtérie. — La diphtérie à Bordeaux, par GAUDE. (*Thèse de Paris*, 27 février.) — Etiologie de la diphtérie, par KLEIN. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 16.) — De la diphtérie, par KOHTS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — Des travaux récents sur l'étiologie de la diphtérie, par PALTAUF. (*Wiener klin. Woch.*, 3 avril.) — Epidémie d'amygdalite diphtérique à Etan-college en septembre 1889, par GOOCH. (*Brit. med. journ.*, 1er mars.) L'angine couenneuse, par VAN BOGAERTS. (*Le Scalpel*, 5 janvier.) — Diphtérie et croupe, par GOLDSCHMIDT. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 48 ; 1889). — Arthropathie diphtéritique, par LYONNET. (*Lyon méd.*, 30 mars.) — Un cas de pseudo-rhumatisme diphtéritique, par DAURIAC. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 22 janvier.) — Traitement antiseptique local et général de la diphtérie, par FAGOT. (*Thèse de Lyon*, n° 515.) — Traitement de la diphtérie, par BARRACLOUGH. (*Lancet*, 25 janvier.) — Du traitement de la diphtérie, par SNOWBALL. (*Australian med. journ.*, décembre 1889.) — Traitement de la diphtérie, par SEVESTRE. (*Rev. gén. de clinique*, n° 39, p. 623 ; 1889.) — Sur le traitement de la diphtérie, par CLÉMENT. (*Lyon méd.*, 19 janvier.) — De la pilocarpine dans le traitement de la diphtérie, par VIALLE. (*L'Actualité méd.*, 15 février.) — De l'alimentation artificielle dans le traitement de la diphtérie, par RENVERS. (*Therap. Monatshefte*, avril 1889.) — Statistique de 101 cas de trachéotomie pour croup, opérés dans le service chirurgical des enfants de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, par GEVAERT. (*La Clinique*, 10 avril.) — Intubation et trachéotomie dans le croup, par RANKE. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXX, Heft 3.) — De la trachéotomie dans la diphtérie, par VAN ITERSON. (*Weekbl. van Nederl. Tidj. voor Geneesk.*, n° 2 ; 1889.) — *Idem*, par KOCH. (*Ibid.*, n° 10, 1889.) — *Idem*, par HAGE et KOCH. (*Ibid.*, n° 12, 1889.) — Un cas de trachéotomie pour croup, complication de paralysie et de polypes trachéaux, par ISNARDI. (*Gaz. med. Torino*, 25 mars, 1889.) — Croup, tubage du larynx, guérison, par BERGERON. (*Paris méd.*, 8 février.) — De l'intubation du larynx dans le croup, par DUCHAMP. (*La Loire méd.*, 15 avril.)

Dysenterie. — Relation d'une épidémie de dysenterie observée à bord du transport *la Saône*, par LEQUÉMENT. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Traitement de la dysenterie par les lavements de bichlorure de mercure, par LEMOINE. (*Bull. gén. de thér.*, 30 janvier.) — Lavements d'alun dans la dysenterie, par NORBURY. (*Lancet*, 11 janvier.)

E

Eau. — Rapport sur les cultures bactériologiques de l'eau de boisson, par DAVIES. (*Army med. Depart.*, n° 29; 1889.) — Action des germes contenus dans les eaux de Lyon et retenus par la bougie du filtre Chamberland, par LORRET. (*Lyon méd.*, 26 janvier et 16 février.) — Recherches sur les microbes pathogènes dans les eaux filtrées du Rhône, par LORRET et DESPEIGNES. (*Acad. des sc.*, 17 février.) — Recherches sur la désinfection des puits et la teneur des eaux souterraines en micro-organismes, par C. FRAENKEL. (*Zeitsch. für Hygiene*, *Bd.* VI, Heft 1.) — Le filtrage des eaux, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, janvier.) — Recherches sur l'utilité des filtres sous pression, système Chamberland, par KUEBLER. (*Zeit. f. Hyg.*, VIII, 1.) — De la nécessité de l'analyse bactériologique des eaux alimentaires, bacille d'Eberth, examen du liquide de culture, par CARPENTIER. (*Arch. méd. belges*, janvier.) — De l'approvisionnement en eau potable des villes situées sur les fleuves ou rivières, par GAUDELET. (*Journ. de méd. Paris*, 30 mars.) — Des eaux de la région de Gabès, par BOUTINEAU. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Recherches bactériologiques sur les eaux d'alimentation de Marseille, par RIETSCH. (*Journ. des connais. méd.*, 26 avril.) — L'action des eaux potables sur le plomb, par KIRKER. (*Brit. med. journ.*, 11 janvier.) — Sur l'action physiologique de l'eau froide, par BOTTEY. (*Rev. d'hyg. thérap.*, avril.)

Eaux minérales. — Les microbes des eaux minérales, par OLIVIER. (*Arch. gén. d'hydrol.*, mars.) — De l'action des bains de Néris sur la nutrition, par MORICE. (*Ibid.*, mars.) — Absorption intestinale de l'eau de Vichy donnée en lavements dans les affections hépatiques compliquées de dilatation de l'estomac, par FRÉMONT. (*Ann. Soc. d'hydrol. méd.*, *Paris*, 20 janvier.) — Indications et contre-indications des eaux de Salies-de-Béarn, par FOIX. (In-8°, 48 p., *Paris.*) — Etude sur Brides-les-Bains, par BUCHANAN. (*Glasgow med. Journal*, p. 401, décembre 1889.) — Les eaux minérales de Capvern, par CAMBOURS. (*Thèse de Paris*, 23 janvier.) — Le rôle du soufre dans l'action thérapeutique des eaux sulfureuses sodiques des Pyrénées, par GUENIER. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n°s 1 et 2.) — Les eaux minérales de Jouannette, par LACRÈSE. (*Thèse de Paris*, 25 février.) — Indications thérapeutiques de l'eau minérale de Contrexéville, par MABBOUX. (*Broch. Neufchâteau.*) — De l'action des eaux sulfureuses de Saint-Sauveur sur les affections utérines et périutérines, par SABAIL. (*Nouv. Arch. d'obst.*, janvier.) — L'eau arsénio-ferrique de Levico, par WESTCOTT. (*Lancet*, 5 avril.) — L'inhalation et le humage dans diverses stations thermales, et principalement à Cauterets, par DEHOURCAU. (In-8°, 73 p., *Paris.*)

Éclampsie. — L'éclampsie gravidique, une nouvelle indication pour l'opération césarienne, par HALBERTSMA. (*Nederl. tijd. v. Geneesk.*, II, n° 15.) — Sur l'éclampsie toxémique et sur le coma toxémique, par LEIBLINGER. (*Wiener. med. Wochenschrift*, n° 50; 1889.) — Saignée dans l'éclampsie puerpérale, par CRISP. (*Brit. med. journ.*, 19 avril.)

Écriture. — Des modifications de l'écriture suivant l'état de santé ou de maladie, par ALEXANDRE CARGILL. (*Edinburgh med. Journ.*, janvier, p. 627.)

Eczéma. — Eczéma de la face dorsale des mains compliqué de lymphangite

du membre supérieur droit survenu chez un syphilitique, par CHEMINADE. (*Arch. de méd. nav.*, février.) — De l'eczéma curateur, par AMAT. (*Gaz. méd. Paris*, 5 avril.)

Électricité. — Influence de l'électricité appliquée sur les nerfs cardiaques au point de vue des applications thérapeutiques, par CERVELLINI. (*Riv. Venet. di sc. med.*, 1889.) — Cataphorèse électrique comme méthode thérapeutique, par PETERSON. (*N. York med. journ.*, 27 avril.) — Valeur pratique de la méthode d'électrothérapie d'Engelskjön, par E. PERREGAUX. (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 janvier.) — Expériences sur l'électrolyse des muscles, par WEISS. (*Rev. gén. des sc. pures*, 15 février.) Effets du courant électrique appliqué sur les organes pelviens, par M'MORRIE. (*Lancet*, 11 janvier.) — Electricité dans les maladies inflammatoires chroniques pelviennes, par BALDY. (*Med. News*, 22 mars.) — L'électricité en gynécologie, remarques sur l'application des courants forts, par MUSSEY. (In-12, 210 p., *Philadelphie.*) — Electrothérapie gynécologique et obstétricale, par BRIVOIS. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — L'électricité en gynécologie, par ENGELMANN. (*Arch. für Gyn.*, XXXVI, 2.) — L'électricité en gynécologie, par HOVENT. (*Journ. d'accouch.*, *Liège*, n° 5.) — Electricité dans un cas d'occlusion fécale, par HINSDALE. (*Med. News*, 8 mars.) — Les traumatismes électriques, par DANA. (*New York med. Record*, p. 477, 2 novembre 1889.) — Installation de l'électricité au dispensaire Percire, par QUÉRU. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 528.)

Éléphantiasis. — Essai sur l'éléphantiasis des Arabes, par CARMICHAEL. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — Un cas d'éléphantiasis des Arabes, par FLORAS. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 3.) — Un cas d'éléphantiasis télangiectode et de molluscum fibreux, par CALWELL. (*Brit. med. journ.*, 4 janvier.)

Embolie. — Sur le transport rétrograde des embolies dans les veines et sur l'embolie croisée, par BONOME. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 3.) — Eruption pemphigoïde dans un cas d'embolie cérébrale, par G. SCHWENINGER et F. BUZZI. (*Charité-Annalen*, p. 728, XIV.)

Embryon. — De quelques anomalies de la ligne primitive chez les poules, contribution à l'interprétation philogénétique, par FASOLA. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 3.) — Mitoses de l'œuf de l'axolott pendant le fractionnement, par KÖLLIKER. (*Verhandl. d. phys. med. Ges. Würzburg*, p. 22; 1889.) — Développement des plaques musculaires de l'œuf de la grenouille, par SCHULTZE. (*Ibid.*, n° 1, 1889.) — Le noyau de l'œuf du spelerpes fuscus ou geotriton fuscus, par ROSSI. (*Sperimentale*, mars.)

Emphysème. — Emphysème sous-pleural, par LYONNET. (*Lyon méd.*, 23 mars.) Emphysème fusant jusqu'au périnée, par JACCOUD. (*Le Mercredi méd.*, 26 février.)

Empoisonnement. — Essai critique sur l'intoxication chronique par la morphine et ses différentes formes, par RÉGNIER. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — De la morphinomanie sans effets nuisibles, par MERRILL. (*Med. News*, 22 mars.) — Empoisonnement par la cocaïne, par ISOO. (*Œster. Ung. Viertelj. f. Zahnheilk.*, juillet 1889.) — Un cas d'empoisonnement par la cocaïne, par STEIN. (*Prager med. Woch.*, n° 32; 1889.) — De l'empoisonnement par la coloquinte, par JANSEN. (*Therap. Monatshefte*, janvier.) — Empoisonnement par la santonine, par REY. (*Therap. Monats.*, III, p. 532.) — Empoisonnement par l'atropine par absorption conjonctivale, par KELTNACK. (*Brit. med. journ.*, 22 février.) — Hallucinations par instil-

lations d'atropine dans l'œil, par Belt. (*Med. News*, 5 avril.) — De la pilocarpine dans l'empoisonnement par la belladone, par Mc Gowan. (*Brit. med. journ.*, 22 février.) — Etude pratique et expérimentale sur l'empoisonnement par la benzine, par Montalti. (*Sperimentale*, février.) — Des échanges organiques dans l'empoisonnement par la pyrodine, par Fraenkel. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — Deux cas d'empoisonnement par les anilides, exalgine et antifébrine, par Bokenham et Lloyd Jones. (*Brit. med. journ.*, 8 février.) — Deux cas d'empoisonnement mortel par l'acide phénique, par David. (*Lancet*, 8 mars.) — Empoisonnement par l'acide phénique, par G. Mackenzie. (*St Thomas 's hosp. Rep.*, XVIII.) — Paralysie totale du nerf moteur oculaire commun gauche et partielle des nerfs trijumeau et facial dans un cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par Emmert. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 2, p. 42, 15 janvier.) — Cas d'intoxication par l'oxyde de carbone, par Ogier et Socquet. (*Annales d'hyg. publ.*, XXII, 276.) — Intoxication lente par les gaz de combustion du coke, par Martel. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 janvier.) — Diagnostic médico-légal de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par Vibert. (*La Médecine moderne*, 16 janvier.) — Sur l'empoisonnement aigu par le mercure, par Kunkel. (*Verhandl. d. phys. med. Ges. zu Würzburg*, p. 77; 1889.) — Du mercurialisme chronique, par Herfeld. (*Inaug. Dissert. Berlin.*) — Empoisonnement par le phosphore, par Kieseritzky. (*St-Petersb. med. Woch.*, 8 février.) — Un cas d'empoisonnement par le phosphore, mort aux rats, par Hill. (*Lancet*, 22 février.) — Un cas d'empoisonnement par le phosphore, ingéré comme abortif, par Riegler. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, III, n° 3.) — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique, mort au 94e jour, par Duncan. (*Lancet*, 12 avril.) — Empoisonnement par ingurgitation d'acide chlorhydrique, par Laffitte. (*Bull. Soc. anat.*, 14 février, p. 67.) — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique, par Beyerlein. (*Friedrische's Blatt. f. gericht. Med.*, n° 1.) — 4 cas d'empoisonnement par l'étain dans des cerises, par Luff et Metcalfe. (*Brit. med. journ.*, 12 avril.) — Empoisonnement alimentaire, par Weill. (*Lyon méd.*, 12 janvier.)

Enfant. — Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, par Descroizilles. (In-8°, *Paris.*) — Sur quelques points de la chirurgie de l'enfance et de l'adolescence, par Owen. (*Lancet*, 11 janvier.) — Le nouveau-né, physiologie, hygiène, allaitement, par Auvard. (In-12, *Paris.*) — Nouveau système de couveuse pour les nouveau-nés, par Diffre. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Des soins hygiéniques à donner aux enfants nés avant terme, observation d'un enfant né à 6 mois 7 jours et traité avec succès, par Carron de la Carrière. (*Rev. d'hyg. thérap.*, janvier.) — Sur l'alimentation des nouveau-nés, par Paillotte. (*Thèse de Paris*, 6 février.) Une réforme dans l'alimentation artificielle des enfants, par Seibert. (*N. York Acad. of med.*, 13 février.) — Les courbures du rachis chez les enfants assis, par Wilhelm Schulthess. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aertze*, n° 1, p. 2, 1er janvier.) — Prophylaxie des maladies contagieuses de l'enfance, par Sevestre. (*Progrès médical*, 4 janvier.) — Septicémie chez les nouveau-nés, par Chapin. (*N. York med. journ.*, 8 juin 1889.) — Présentation d'un fœtus hydrocéphale avec malformations des membres inférieurs, par Maygrier. (*Journ. de méd.*, *Paris*, 30 mars.) — Mort subite d'un enfant sans cause connue, à l'autopsie lait dans la trachée, les grosses bronches, par Partridge. (*N. York Acad. of med.*, 13 février.) — Sur un cas de mort subite d'un enfant de 14 mois bien portant à thymus volumineux, par B. Lewy, Rosenberg, Henoch, A. Baginsky. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 60, janvier.) — Hémiplégie avec perte de la parole chez

les enfants, par OLIVIER. (*Brit. med. journ.*, 8 février.) — Les paralysies de l'enfance, par SQUIRE. (*Ibid.*) — Etiologie et anatomie pathologique de la pneumonie des enfants, par QUEISNER. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXX, 3.) — De la spléno-pneumonie chez l'enfant, par Mad. BRANDHEDLER. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Pleurésie purulente droite chez un enfant de 3 ans 1/2, opération de l'empyème, guérison, par RABOT. (*Lyon méd.*, 2 mars.) — Sclérème et œdème des nouveau-nés, par BALLANTYNE. (*Brit. med. journ.*, 22 février.) — Des infections hémorragiques des nouveau-nés, par CERVESATO. (In-8°, *Padoue.*) — Un cas d'hématémèse chez un nouveau-né, par HODGES. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 365.) — Des hémorragies gastro-intestinales chez les nouveau-nés, par DUSSER. (*Thèse de Paris*, 8 janvier.) — Hémorragie intestinale chez un nouveau-né. Mort. Autopsie, par BOURRUS et VATON. (*Soc. d'anat. de Bordeaux*, 10 mars.) — Contribution au traitement du catarrhe gastro-intestinal des enfants, par COMBE. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 20 janvier.) — Ascite chez un nouveau-né, par CORMONT. (*Lyon méd.*, 16 février.) — De la périthyphlite chez les enfants, par BEYNES. (*Thèse de Paris*, 30 avril.) — Intussusception chez un enfant de trois ans, injection rectale, guérison, par J. FARLOW. (*Boston med. journ.*, 14 novembre 1889, p. 486.) — Intussusception et rupture de l'intestin chez un enfant de 5 mois. Laparotomie, mort, par F. HARRINGTON. (*Ibid.*, 14 novembre 1889, p. 485.) — Le traitement climatique des affections gastro-intestinales chez l'enfant, par REED. (*Med. News*, 11 janvier.) — Sur le traitement hydro-minéral des voies respiratoires chez les enfants, par CAZAUX. (*Ann. Soc. d'hydrol.*, 16 décembre 1889.) — De l'application de la pneumothérapie (traitement par l'air comprimé) chez les enfants, par UNGAR. (*Therap. Monatshefte*, 1889, n° 1.) — Le strophantus chez les enfants, par DEMME. (*New York med. record*, p. 603, 30 novembre 1889.) — De l'emploi du strophantus dans la thérapeutique infantile, par MONCORVO. (*Union médicale*, 4-7 janvier.) — Sur les débuts des ostéites chez l'enfant, par HAMMOND MORGAN. (*Lancet*, 8 février.) — Lymphadénome rénal chez un enfant de 7 mois, par LOUIS. (*Bull. Soc. Anat.*, 17 janvier, p. 20.) — Un cas d'extirpation du rein chez un enfant de 3 ans, par DOHRN. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 avril.) — Sarcocèle syphilitique chez les enfants, par LANNELONGUE. (*Bull. méd.*, 9 février.) — De la tuberculose testiculaire chez les enfants, par JULLIEN. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Prolapsus utérin complet chez une enfant nouveau-née, par QUISLING. (*Norsk. Mag. f. Laegev.*, avril 1889.)

Épilepsie. — Rapport sur la question de l'hospitalisation des épileptiques, par MASOIN. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 10, p. 633; 1889.) Epilepsie, folie épileptique, par CHRISTIAN. (*Mém. cour. Acad. de méd. Belgique*, X, 1.) — Les épileptiques arithmomanes, par CULLERRE. (*Ann. méd. psych.*, janvier.) — Sur les indications séméiologiques qu'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques, par MATHIEU. (*Thèse de Lyon*, n° 498.) — Etude clinique des troubles de connaissance épileptiques et contribution à l'étude du traitement de l'épidémie réflexe, par PICK. (*Zeit. für Heilkunde*, X, n° 4, p. 309.) — Epilepsie réflexe par catarrhe et dilatation de l'estomac, par ZACCHI. (*Sperimentale*, janvier.) — Epilepsie larvée, par ALGERI. (*Arch. di psichiat.*, X, 6.) — De l'inégalité pupillaire momentanée chez les épileptiques. Sa valeur diagnostique, par CHARPENTIER. (*Rev. gén. de clinique*, n° 6, p. 81.) — De l'emploi du strophantus pour combattre les accidents consécutifs aux attaques d'épilepsie, par POULET. (*Bull. méd. des Vosges*, janvier.) — Le borax contre l'épilepsie, par STEWART. (*Cardiff med. Soc.*, 3 avril.) — Traitement de l'épilepsie par le borate de soude, par DIJOUD. (*Thèse de Paris*, 24 avril.) — De

l'action du bromure d'or dans l'épilepsie, par Stscherbak. (*Wratch.*, n° 9.) — Du traitement de l'épilepsie infantile par les pointes de feu sur le cuir chevelu, par Descroizilles. (*Rev. gén. de clinique*, n° 4, p. 49.) — Trépanation pour un cas d'épilepsie traumatique, par Hoegh. (*Med. News*, 8 mars.)

Épithélium. — Nouvelles observations sur les cellules épithéliales, par Ing. (*La Cellule*, V, fasc. 2.) — De l'interprétation des fibres décrites par Herxheimer dans l'épithélium, par Kromayer. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 1 et 2.)

Épithélioma. — De l'épithélioma bénin de la face, par Rougier. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Epithélioma kystique multiloculaire végétant de l'ovaire gauche, ovariotomie, guérison; épithélioma du sein gauche récidivant deux fois après ablation totale, généralisation du cancer au péritoine et probablement aussi à la plèvre, mort, par Poupinel. (*Ann. de Gynéc.*, janvier.)

Érysipèle. — Contribution à l'étude biologique du microbe de l'érysipèle, par C. Leroy. (*Soc. Biologie*, 30 novembre 1889.) — Pathologie et traitement de l'érysipèle, par Buch. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXI, n° 11.) — Observation d'érysipèle de la face. Abcès du tissu cellulaire de l'orbite, méningite suppurée, mort, par du Cazal. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 janvier.) — Sur la pneumonie érysipélateuse, par Laboulbène. (*Bull. Acad. de méd.*, 18 février.) — Bronchopneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe, par Brouardel et Mosny. (*Gaz. des hôp.*, 13 février.) — Remarques à l'étude de l'érysipèle dans l'état puerpéral, par Thiéry. (*Gaz. méd., Paris*, 22 février.) — Traitement de l'érysipèle par les pulvérisations éthérées de sublimé, par Darolles. (*Méd. moderne*, 1er mai.) — Guérison rapide de l'érysipèle par l'ergotine, par Kingsburg. (*Brit. med. journ.*, 15 mars.)

Érythème. — De l'érythème aigu polymorphe, par Luzzatto. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.) — Pathogénie des érythèmes, érythème polymorphe, érythèmes scarlatiniformes, par Besnier. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 1, janvier.)

Estomac. — De la différenciation des éléments des glandes gastriques chez le fœtus, par Montané. (*C. R. Soc. biol.*, 20 avril 1889.) — Recherches sur le chimisme stomacal à l'état normal et à l'état pathologique, par Hayem et Winter. (*Bull. méd.*, 26 janvier.) — De l'analyse chimique du contenu stomacal, par Georges. (In-8°, 42 p., *Nancy*, et *Rev. méd. de l'Est*, n° 23; 1889.) — Contribution à l'étude de la sécrétion du suc gastrique chez l'homme à jeun, par Pick. (*Prager med. Woch.*, n° 18; 1889.) — L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques, par Lyon. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.) — Recherches sur un nouveau procédé permettant d'apprécier le pouvoir digestif du suc gastrique sans recourir à la sonde, procédé de Gunzburg, par Marfan. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — De l'hyperchlorhydrie chronique à forme gastrique, par Huchard. (*Soc. de thérap.*, 28 avril.) — Physiopathologie et clinique des maladies de l'estomac, par Rummo et Ferrannini. (*Arch. della Riforma med.*, I, fasc. 2.) — Etude sur les ferments de l'estomac, par Johannessen. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 3 et 4.) — Dyspepsie et catarrhe gastrique, par Coutaret. (In-8°, 1,200 p., *Paris*.) — Des altérations chimiques du suc gastrique et de leur traitement, par Cheron. (*Bull. gén. de thérap.*, 1er mars.) — Des affections de l'estomac dans les affections génitales chez l'homme, par Peyer. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 356.) —

Dilatation de l'estomac avec éructation de gaz inflammables, par MAC NAUGHT. (*Brit. med. journ.*, 1er mars.) — De la neurasthénie gastrique, par G. GARLAND. (*Boston med. journ.*, 3 octobre 1889, p. 321.) — Etude de la dyspepsie nerveuse, par HERZOG. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 3 et 4.) — Diagnostic du cancer de l'estomac, par LYON. (*Gaz. des hôp.*, 15 février.) — Cancer de l'estomac, par CHABALIER. (*Lyon méd.*, 9 février, p. 210.) — Cancer de l'estomac, par DESTOT. (*Ibid.*, 16 février, p. 244.) — De l'adénome de l'estomac, par ALBERTONI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.) — Epithéliema du pylore à marche lente. Dilatation, puis retrait de l'estomac, par PILLIET. (*Bull. Soc. anat.*, 14 février, p. 77.) — Du procédé opératoire à employer pour le lavage de l'estomac, par FAUCHER. (*Broch., Paris.*) — Une nouvelle méthode de gastrostomie, par HAHN. (*Cent. f. Chir.*, 15 mars.) — Quelques réflexions à propos d'un cas de gastrotomie pratiquée pour parer aux accidents d'un cancer de l'œsophage, par TERRIER et DELAGÉNIÈRE. (*Arch. de chir.*, mars.) — Cancer du pylore, pylorectomie, guérison, par CARTER et RAWDON. (*Lancet*, 12 avril.) — Un cas de gastro-entérostomie d'après la méthode de SENN pour obstruction cancéreuse du pylore, par STAHR. (*Med. News*, 1er février.) — Gastro-entérostomie, par SMANSFIELD. (*Brit. med. journ.*, 8 février.) — Traitement des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin, par RECLUS et NOGUÈS. (*Rev. de chir.*, février.)

Exanthème. — Dermatite desquamative aiguë consécutive à l'administration de chloralamide, par PYE SMITH. (*Clin. Soc. London*, 28 février.) — Un cas d'exanthème iodique, par KAEMPFER. (*Cent.-Bl. f. klin. Med.*, 8 février.) — Eruption eczémateuse causée par un pansement à la créoline, par BISCHOFSWERDER. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 août 1889.) — Eruption consécutive à l'usage interne du mercure, par ROBINSON. (*Soc. de thérap.*, 26 février.) — Deux cas d'éruption eczémateuse provoquée par le borax, par Ch. FÉRÉ et H. LAMY. (*Nouv. iconographie phot. de la Salpêtrière*, n° 6, p. 305; 1889.) — Un cas d'exanthème provoqué par l'antipyrine, par HAHN. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 49; 1889.)

F

Face. — Etude sur l'hémihypertrophie faciale congénitale, par KIWULL. (*Forts. der Med.*, VIII, n° 4.) — Deux cas de tumeurs bénignes de la joue, par NASSE. (*Berl. klin. Woch.*, p. 89, 27 janvier.)

Fécondation. — Sur le mode d'union des noyaux sexuels dans l'acte de la fécondation, par GUIGNARD. (*Acad. des sc.*, 31 mars.)

Ferment. — Du ferment lactique, par FOKKER. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, n° 4.) — Sur la formation de sucre et sur d'autres fermentations qui se passent dans la levure, par SALKOWSKI. (*Centralbl. f. med. Wiss.*, 1889, p. 225.) — Recherches sur la valeur comparée des nitrates et des sels ammoniacaux comme aliment de la levure de bière et de quelques autres plantes, par E. LAURENT. (*Annales de l'institut Pasteur*, 25 juillet 1889.) — Fermentation amenant la séparation de la cystine, par DELÉPINE. (*Journ. of anat.*, avril.) — Sur la présence normale, dans le chyle, d'un ferment destructeur du sucre, par R. LÉPINE. (*Acad. des sc.*, 8 avril.)

Fièvre. — Etat des vaisseaux dans la fièvre et l'antipyrèse, par MARAGLIANO.

(*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 3 et 4.) — Fièvre de surmenage, fièvre à rechutes, typhus, leur généralisation spontanée, par PETER. (*Semaine méd.*, 8 janvier.)

Fièvre jaune. — De la fièvre jaune à la Martinique, par CLARAC. (*Arch. de méd. nav.*, janvier.) — La fièvre jaune, par ALMENARA BUTLER. (*Cron. med. Lima*, n° 6; 1889.) — De l'emploi du salol dans la fièvre jaune, par FERREÍRA. (*Bull. gén. de thér.*, 30 mars.)

Fistule. — Fistule biliaire pulmonaire, par ADAM. (*Brit. med. journ.*, 12 avril.) — Fistule congénitale de la région sacro-coccygienne, par TAPIE. (*Rev. méd. Toulouse*, 1er février.) — Eléphantiasis du clitoris et fistule vésico-vaginale non traumatique chez une femme syphilitique, par LACRO. (*Ann. di ostetric.*, mars-avril.) — Occlusion du vagin pratiquée pour une vaste fistule vésico-vaginale occasionnée par un pessaire, par WYDER. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 16, 1er janvier.) — Fistule vésico-utéro-vaginale, par CULLINGWORTH. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 320.) — Un cas de fistule entéro-vésicale et un cas de fistule entéro-tubaire, par KÜTHE. (*Weeksblad v. h. tijdschr. v. Geneeskunde*, n° 21 ; 1889.) — Du traitement des fistules recto-vaginales, par CHEVRIER. (*Thèse de Paris*, 20 mars.)

Foie. — Sur l'origine des sillons diaphragmatiques du foie, par MATTEI. (*Sperimentale*, mars.) — Influence de la cellule hépatique vivante sur l'hémoglobine, par ANTHEN. (*Inaug. Diss. Dorpat.*, 1889, et *Centralbl. f. klin. Med.*, n° 46; 1889.) — De la physiologie du foie, par RODRIGUEZ. (*Thèse de Paris*, 13 mars.) — Note sur les effets de la ligature de l'artère hépatique, par ARTHAUD et BUTTE. (*Soc. biologie*, 30 novembre 1889.) — Etude de l'ictère fébrile, par KARLINSKI. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, n° 5.) — Ictère catarrhal prolongé, par DIEULAFOY. (*Mercredi méd.*, 12 février.) — Fièvre hépatique, par PEPPER. (*Med. News*, 29 mars.) — La maladie de Weil, par BARIÉ. (*Rev. gén. de clinique*, n° 37, p. 591 ; 1889.) — Historique résumé du foie cardiaque, par PARMENTIER. (*Arch. gén. de méd.*, février.) Du foie cardiaque, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 février.) — Le foie cardiaque, par PARMENTIER. (*Thèse de Paris*, 27 février.) — Tuberculose pleuro-pulmonaire et péritonéo-hépatique, hépatite tuberculeuse chronique, par DEROCHE. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Sur quelques points intéressant la cirrhose graisseuse, par LE FORT. (*Gaz. des hôp.*, 13 mars.) — De la cirrhose alcoolique, par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 23 mars.) — Sur l'existence du sucre et de l'allantoïne dans l'urine et dans le liquide de l'ascite dans la cirrhose du foie, par MOSCATELLI. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 4, et *Riv. clin. e terap.*, n° 1.) — Cirrhose hypertrophique du foie avec jaunisse, par SHARKEY. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — De la curabilité et du traitement des cirrhoses alcooliques, par GILBERT. (*Gaz. hebd. de méd.*, 19 avril.) — De la curabilité de la cirrhose hépatique, par MEYER. (*Progresso méd.*, 10 février.) — Examen histologique du foie dans deux cas de pneumonie biliaire, par PILLIET. (*Bull. Soc. anat.*, 14 février, p. 79.) — Tuberculose du foie, par FAURE MILLER. (*Bull. Soc. Anat.*, 14 mars, p. 147 et 173.) — Cause d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie, par CYR. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Présentation de 3 malades ayant des tumeurs du foie, par KLEMPERER et Discussion. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 63, 20 janvier.) — Des adénomes du foie, par BONOME. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 3.) — Adénome et cancer du foie, par RODAIS. (*Union médicale*, 16 janvier.) — Cancer secondaire du foie latent, consécutif à un cancer de l'estomac, par LENOIR. (*Bull. Soc. anat.*, 14 février, p. 99.) — Du traitement des kystes hydatiques suppurés du foie par les injections du

naphtol B, par MIRANDE. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Sur l'hépatite suppurée, par GEIGEL. (*Verhandl. d. phys. med. Ges. Würzburg*, p. 35; 1889.) — Du diagnostic précoce des adhérences péritonéales dans les abcès du foie, par BEAVER. (*Med. News*, 22 février.) — Des abcès et autres affections du foie, par MARSTON. (*Lancet*, 11 janvier.) — Trois cas d'abcès du foie, par BARTHÉLEMY et BERNARDY. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Abcès du foie, hépatotomie par la voie thoraco-abdominale, par DAGRON. (*Bull. Soc. anat.*, 24 janvier, p. 44.) — De la cholerragie qui suit l'incision des abcès du foie, par BERTRAND. (*Rev. de méd.*, mars.) — L'aspect chirurgical de l'abcès du foie, par GODLEE. (*Brit. med. journ.*, 11 janvier.)

Foudre. — Note sur un cas de trismus chez un homme frappé par la foudre, par LECUYER. (*Union méd. du Nord-Est*, n° 12, p. 257; 1889.)

Fracture. — Fractures spontanées tabétiques, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôp.*, 23 janvier.) — De la consolidation des fractures chez les paludiques, par VERNEUIL. (*Le Mercredi méd.*, 22 janvier.) — Fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, par EALES. (*Lancet*, 1er février.) — Disjonction épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus, par BERGES. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Résultats du traitement des fractures de la rotule sans opération, par ABBE. (*New York Acad. of med.*, 10 février.) — Traitement des fractures de la rotule par la méthode de MAYO ROBSON. (*Lancet*, 18 janvier.) — De la perforation du cul-de-sac supérieur dans la fracture de la rotule, par RIEDEL. (*Cent. f. Chir.*, 22 mars.) — Résultats du traitement des fractures de la rotule sans opération, par BULL. (*New York Acad. of Med.*, 10 février.) — Traitement de la fracture de la rotule, par POLAND. (*West Kent med. chir. Soc.*, 7 février.) — Sur les fractures du calcanéum par écrasement, par BALLENGHIEN et GUERMONPREZ. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 649.) — Fracture ancienne du cou-de-pied, par CHAUVEL. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XV, p. 664.) — Trois cas de pseudarthrose, opération, guérison, par CHRISTOPHER HEATH. (*Lancet*, 1er mars.) — Traitement des fractures par le massage, par RECLUS. (*Gaz. hebd. de méd.*, 18 janvier.)

Furoncle. — Du traitement abortif du furoncle, par JASIÉWICZ. (*Journ. des mal. cutan.*, février.)

G

Gale. — L'huile phéniquée dans le traitement de la gale, par TRESILIAN. (*Brit. med. journ.*, 5 avril.)

Gangrène. — Un cas de gangrène symétrique, par WARFRINGE. (*Arsb. fran Sabattsbergs Sjukhus Stockholm*, 1889.) — De la gangrène pulmonaire, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 24 avril.) — Embolie et gangrène d'un bras, par GANGOLPHE. (*Lyon méd.*, 16 mars.) — Maladie de Raynaud : étiologie et traitement, par G. GARLAND. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 14 décembre 1889, p. 839.) — Gangrène de la jambe, suite de phlegmatia alba, par O'NEILL. (*Lancet*, 25 janvier.) — Gangrène par l'acide phénique, par WARFIELD. (*Med. News*, 12 avril.)

Génitaux (Org.). — Sur des accidents peu connus du phimosis congénital, par BERGER. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — Sur une espèce de balanoposthite, la balano-posthite contagieuse, par BATAILLE et BERDAL. (*Soc. Biologie*, 30 novembre 1889.) — Symphyse balano-préputiale, par BOFFARD.

(*Dauphiné médic.*, 1er janvier.) — Du traitement de la bartholinite, par DORTET. (*Thèse Montpellier*, n° 12.) — Luxation de la verge à la suite d'une plaie du scrotum, par MALINAWSKY. (*Saint-Pétersbourg.*) — Des anomalies de développement des organes génitaux chez le fœtus, notes sur le développement de l'hymen, par SCHAUTER. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXVII, 2.) — Un cas d'arrêt de développement des organes génitaux chez la femme, par WARNEK. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVII, 2.) — Kraurosis de la vulve, par OHMANN-DUMESNIL. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 7.) — Fibrome des petites lèvres, par H.-L. COLLYER. (*Amer. journ. of obst.*, décembre.) — Des prolapsus génitaux, variétés, pathogénie, traitement, par CHAPUT. (*Semaine méd.*, 8 janvier.)

Géographie méd. — Contribution à la géographie médicale de l'Indo-Chine. La rivière noire et le poste de Laï-Chau, par SADOUL. (*Arch. de méd. navale*, février.) — La vie tropicale et ses suites, par MARSTON. (*Lancet*, 15 mars.) — De la maladie endémique de la Guyane anglaise, de certaines susceptibilités de race, par GRIEVE. (*Brit. med. journ.*, 1er mars.)

Glaucome. — Glaucome primitif chez une femme de 22 ans, par WATSON. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 13 mars.) — Glaucome après l'opération de la cataracte, par COLLINS. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 30 janvier.) — Glaucome presque absolu dans un cas d'iritis gommeuse, guéri par l'iridectomie, par HIRSCHBERG. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, sept. 1889.)

Goût. — Sur la physiologie comparée des sensations gustatives et tactiles, par R. DUBOIS. (*Acad. des Sc.*, 3 mars.)

Goutte. — La goutte et ses principales manifestations, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 11 février.) — Des manifestations pulmonaires de la goutte, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 5 février.) — La goutte (2e Congrès de médecine interne tenu à Rome). (*Riv. clinica e terap.*, n° 11, p. 574; 1889.) — Le signe de Pfeiffer pour la goutte latente, par ROBERTS. (*Lancet*, 4 janvier.)

Greffe. — Greffe par approche, par PONCET. (*Lyon méd.*, 23 mars.) — Des modifications histologiques dans l'agglutination des greffes de Thiersch, par GARRÉ. (*Beit. zur klin. Chir. Bruns.*, 1889.) — Des greffes cutanées de Thiersch, par EISELSBERG. (*Wiener klin. Woch.*, n° 34; 1889.) — Brûlure étendue de la jambe, greffe de peau de chien, par MILES. (*Lancet*, 15 mars.) — Note sur l'emploi de la cocaïne dans les greffes, par DUMÉNIL. (*La Normandie méd.*, 15 mars.)

Grippe. — Etude de la grippe, par WICK. (*Ibid.*) — Le caractère infectieux de la grippe épidémique, par SQUIRE. (*Lancet*, 19 avril.) — De la grippe, par PRIBRAM. (*Prager med. Woch.*, n° 10.) — La grippe, par NOTHNAGEL. (*Soc. imp. des méd. de Vienne*, 3 janvier.) — Encore l'influenza, par DE LA BARURIE (*Rev. gén. de clin.*, 30 avril.) — De la grippe, par SEMMOLA. (*Progresso med.*, 28 février.) — Nouvelles observations sur la contagion de la fièvre grippale, par ALISON. (*Gaz. hebd. de méd.*, 12 avril.) — La grippe, par BOSSI. (*Broch. Gênes.*) — Influenza ou catarrhe épidémique, par CATON. (*Veterinary journ.*, mars.) — De l'intoxication grippale, par VIALLE. (*L'Actualité méd.*, 15 mai.) — La grippe est-elle une maladie contagieuse ou miasmatique, par DELÉPINE. (*Practitioner*, avril.) — Influenza, étude symptomatique et clinique, par KUSNEZOW et HERRMANN, traduit du russe, par DROZDA. (In-8°, *Vienne.*) — La grippe et ses rapports avec la dengue, par DOMENICHETTI. (*Sanit. record.*, février.) — La grippe, étiologie, par CLEMOW. (*Soc. of med. officers of health*, 14 mars.) — Etudes sur l'influenza, ses causes, ses diverses complications, par KRAKAUER. (*Int. klin. Rund-*

schau, n° 8.) — Sur la grippe, par Klebs. (*Deut. med. Woch.*, 3 avril.) — La grippe, discussion. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 11 avril.) — Influenza ou dengue, par Pawinski. (*Gaz. lekarska*, n° 8.) — Recherches sur la grippe, par Kirchner. (*Cent. f. Bakt.*, VII, n° 12.) — De la grippe, par Tresidder, Boobbyer. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 19 février.) — Sur l'épidémie d'influenza à Turin, par Bozzolo, Graziadei et Mya. (*Giornale Accad. di medic. di Torino*, janvier, février.) — L'influenza dans les écoles primaires de Lausanne, par Combe. (*Rev. méd. Suisse romande*, n° 5, mai.) — L'épidémie de grippe à Iéna, par Leubuscher. (*Corresp.-Bl. allg. aerztl. ver. Thüringen*, n° 2.) — Rapport sur l'épidémie de grippe qui a sévi à Bruxelles, 1889-90, par Spehl, Gratia et Verneuil. (*Ann. de méd. Bruxelles*, p. 89.) — La grippe à Saint-Etienne, par Fleury. (*La Loire méd.*, 15 avril.) — Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe, par Saint-Philippe. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 13 avril.) — Grippe infantile en 1837 et en 1890, par Perret. (*Lyon méd.*, 6 avril.) — Étude de la grippe, ses causes, ses suites, par Krakauer. (*Int. klin. Rundschau*, 23 février.) — Recherches sur l'épidémie de grippe, par Fischel. (*Prager med. Woch.*, 26 février.) — De l'épidémie de grippe, par Koranyi. (*Orvosi hetilap*, n° 6.) — L'épidémie de grippe 1889-90 à Dublin, par W. Moore. (*Dublin journ. of med. sc.*, avril.) — L'épidémie de grippe, par Brakenridge. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 5 mars.) — La grippe à Paris et dans les hôpitaux en 1889-90, par Mme Miropolsky. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — L'épidémie de grippe en 1837 à Bordeaux, par Hameau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 avril.) — De l'épidémie actuelle de la grippe, par Golgi. (*Soc. med. chir. di Pavia*, 18 janvier.) — Rapport de la commission élue pour l'étude de la grippe à Pavie, par Monti. (*Ibid.*, 1er février.) — Etude sur l'épidémie de grippe en province, par Girou. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 14 mai.) — Effets de la grippe sur la mortalité de l'Etat de New-York pendant le mois de janvier. (*Boston med. journ.*, 13 mars.) — L'épidémie de grippe à Pacific Mills. (*Boston med. journ.*, 13 mars.) — L'épidémie de grippe chez les pauvres, par Twombly. (*Ibid.*, 20 mars.) — Des rapports de la grippe avec certaines variations atmosphériques, par Ucke. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 7.) — Quelques notes sur l'épidémie de grippe, par Vigot. (*Année méd. de Caen*, 15 mars.) — Sur l'épidémie d'influenza, par G. Merkel. (*Münch. med. Woch.*, p. 228, 25 mars.) — Notes sur l'épidémie de grippe, par Hutton. (*Med. Chronicle*, n° 6.) — L'épidémie de grippe dans le district rural de Milton Mowbray, par Tibbles. (*Brit. med. journ.*, 12 avril.) — L'influenza en Algérie. (*Rev. d'hyg. thér.*, mars.) — Rapport sur la marche de l'épidémie de grippe dans la Seine-Inférieure, 1889-90, par R. Brunon. (*Broch. Rouen.*) — L'épidémie de grippe de 1884-85 à Bruxelles, par Stocquart. (*Arch. de méd. prat. Bruxelles*, IV, 2.) — La grippe du 145e régiment d'infanterie, Maubeuge, par Dubrulle. (*Gaz. hebd. de méd.*, 29 mars.) — Formes cliniques de l'épidémie actuelle d'influenza chez les femmes et les enfants, par Davis et Vanneman. (*Med. News*, 11 janvier.) — L'enquête médicale sur l'épidémie de grippe, par Talamon. (*Méd. moderne*, 1er mai.) — Statistique des cas de grippe observés à l'hôpital de la Croix-Rousse de Lyon, en décembre et janvier 1889-90, par Coignet. (*Province méd.*, 22 mars.) — L'influenza à Londres, par Sisley (*Lancet*, 4 janvier.) — Notes sur l'épidémie dite d'influenza, par Thorne. (*Ibid.*) — L'épidémie de grippe de 1889 sur la voie Moscou-Nijni-Novgorod, par Korsakow. (*Med. Obosrenié*, n° 2.) — L'épidémie de grippe de 1889 à Moscou, par Schnaubert. (*Ibid.*, n° 2.) — Caractères de la grippe de 1889 à Moscou, par Bogoyavlensky. (*Med. Obosrenié*, n° 2.) — Influence de la grippe sur la mortalité en Suisse. (*Zeit. f. schw. statist.*, n° 4; 1889.) — L'influenza dans les écoles de Banstead, par Rice. (*Epidem. Soc. of London*,

23 avril.) — Compte rendu des cas d'influenza traités à l'hôpital militaire de Bucharest, par Antoniu. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, III, n° 6.) — Discussion sur l'épidémie d'influenza. (*Finska Läkaresälls. handlingar*, XXXII, n° 4.) — Notes sur l'épidémie de grippe à Prague, par Petrina. (*Prager med. Woch.*, n° 13.) — Influenza et choléra, par de Backer. (*Rev. gén. de l'antisepsie*, 25 mars.) — Quelques remarques sur la grippe, par Rosenbach. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 5, p. 95, 3 février.) — Sur les symptômes et les complications de la grippe, par Alison. (*Archiv. gén. de méd.*, avril.) — Grippe, rechute, par Inglott. (*Brit. med. journ.*, 5 avril.) — Une forme rare de complication de l'influenza, par Cheminade. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 9 mars.) — Grippe, double attaque, par Abbott. (*Lancet*, 19 avril.) — Deux cas mortels de grippe chez des enfants, par Kerley. (*N. York med. journ.*, 15 mars.) — Quelques cas de grippe présentant des particularités singulières, par Wright. (*N. York med. Record*, 15 mars.) — Recherches sur quelques bactéries trouvées dans la grippe, par Babès. (*Cent. f. Bakter.*, VII, 15.) — Recherches bactériologiques sur la grippe et ses complications, par Prior. (*München. med. Woch.*, 1er et 15 avril.) — Examen du sang dans l'influenza, par Prandi. (*Riforma med.*, 29 mars.) — Recherches bactériologiques sur la pneumonie consécutive à la grippe, par Pescarolo. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, n° 5.) — L'état actuel des recherches bactériologiques sur la grippe, par H. Neumann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 162, 17 février.) — Etudes bactériologiques sur la grippe, par Bergonzini. (*Modène.*) — Présence du pneumocoque dans les crachats d'un cas de grippe, par Fraser. (*Lancet*, 24 mai.) — Eruption et grippe, par Mapother. (*Ibid.*) — Troubles nerveux observés dans l'épidémie de grippe, par Voisin. (*Soc. méd. psychol.*, 30 décembre 1889.) — De la névralgie du trijumeau dans la grippe et de l'électrothérapie dans la névralgie de la 5e paire, par Frankl-Hochwart. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 3 et 4.) — Des formes nerveuses de la grippe, par Revillion. (*Rev. méd. Suisse romande*, 20 mars.) — Effets nerveux et psychopathiques de la grippe, par Morselli. (*Riforma med.*, 19 avril.) — Troubles nerveux et cardiaques dans la grippe, par Ad. Nicolas. (*Bull. Soc. méd. prat.*, janvier, et *Journ. de méd. Paris.*, 9 février.) — Délire avec agitation maniaque dans l'influenza, par Joffroy. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 mars.) — De la pseudo-méningite grippale, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 mars.) — Epilepsie jacksonienne, suite de grippe, par Erlenmeyer. (*Berl. klin. Woch.*, n° 13.) — Pseudo-névralgie scapulo-humérale (névrite radiculaire) consécutive à la grippe, par Martel. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 avril.) — De la névralgie scapulo-humérale avec atrophie musculaire produite par l'influenza, par Joffroy. (*Ibid.*, 28 mars.) — Délire avec agitation maniaque dans l'influenza. Comparaison avec le délire de la fièvre typhoïde, par Joffroy. (*Ibid.*, 28 mars.) Tétanos idiopathique à la suite de l'influenza, par Churchouse. (*Brit. med. journ.*, 29 mars.) — Les complications cardiaques de la grippe, par Wilks. (*Lancet*, 3 mai.) — Des complications laryngées de la grippe, par Moure. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 4 mai.) — Etat du larynx dans la grippe, par Fauvel et Saint-Hilaire. (*Tribune méd.*, 17 avril.) — La laryngite hémorragique et la grippe, par Marano. (*Arch. ital. di laringol.*, X, 2.) — Ulcérations des cordes vocales dans le cours de la grippe, par Lenoir. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Des complications pulmonaires dans l'épidémie de grippe, par Socolowski. (*Int. klin. Rundschau*, 26 mars.) — Grippe et pneumonie, par Jaccoud. (*Bull. méd.*, 2 mars.) — Pleurésie purulente, probablement de nature grippale, chez les chiens, par Mégnin et Veillon. (*Soc. de biol.*, 19 avril.) — Manifestations pleurales de la grippe, par Baboun. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Manifestations buccales de la grippe, par Lecaudey. (*L'Odontologie*, février.) — Des lésions auriculaires dépendant

de la grippe, par D'AGUANNO. (*Boll. mal. dell' orecchio*, VIII, 3.) — L'influenza et l'oreille, par CALDERAI. (*Ibid.*) — Maladie de Ménière provoquée par la grippe, par MONEY. (*Lancet*, 3 mai.) — Les complications auriculaires dans l'épidémie actuelle d'influenza, par LŒWENBERG. (*Bull. méd.*, 8 janvier.) — Maladies de l'oreille dans la grippe, par ROHRER. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, 1 et 2.) — Etude bactériologique sur l'otite moyenne de la grippe, par ZAUFAL. (*Prager med. Woch.*, n° 4.) — Complication de la grippe, paralysie faciale, otite moyenne, par FEEGE. (*Allg. med. cent. Zeit.*, n° 24.) — 5 observations d'otites moyennes suppurées graves, consécutives à la grippe, ouverture de l'apophyse mastoïde, par CHATELLIER. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Affections de l'oreille consécutives à la grippe, par VERDOS. (*Rev. de laring. otol. y rinol.*, février.) — Complications auriculaires de la grippe, par ATKIN. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 27 mars.) — L'otite moyenne aiguë suppurée comme complication de la grippe, par BOTEY. (*Rev. de ciencias Barcelona*, 10 février.) — Les maladies de l'oreille dans la grippe, par AVOLEDO. (*Il Morgagni*, II, n° 19.) — Des effets de la grippe sur les organes de la vue, par BERGMEISTER. (*Wiener klin. Woch.*, n° 11.) — Ténonite, suite de grippe, par FUCHS. (*Ibid.*, n° 11.) — Des complications oculaires de la grippe, par RÉAL. (*L'Actualité méd.*, 15 mai.) — Des manifestations oculaires de la grippe, par NIMIER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 12 avril.) — Kératite après la grippe, par CHARNLEY. (*Shropshire and Mid Wales Branch of Brit. Assoc.*, 15 avril.) — Sur l'influenza, par RUSS. — Relativement aux affections oculaires compliquant l'influenza, par SOCOR. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, III, n° 5.) — Sur l'influenza, par BOGDAN et NEGEL. (*Ibid.*) — Complications oculaires de la grippe, par GALEZOWSKI. (*Rec. d'ophtalm.*, février.) — De quelques complications oculaires de la grippe. 25 cas observés à Bordeaux, par FAGE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 20 avril.) — Grippe et affections oculaires, par SOUS. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 23 mars.) — Affections oculaires et grippe, par MARTIN. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 25 mai.) — Phlébite consécutive à la grippe, par CROSS. (*Brit. med. journ.*, 26 avril.) — Phlébite après la grippe, par BURGHARD. (*Brit. med. journ.*, 3 mai.) — Gangrène sèche du pied et de la jambe, suite d'influenza, par DUCHESNEAU. (*Lyon méd.*, 13 avril.) — Du pseudo-rhumatisme de la grippe, par OLIVIER. (*La Normandie méd.*, 1er mars.) — Sur l'influence de la grippe sur l'appareil génital de la femme, par MÜLLER. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 avril.) — De l'influence de la grippe sur l'évolution de la grossesse, par LWOFF. (*Med. Obosrenié*, n° 2.) — Néphrite aiguë consécutive à la grippe, par SYMPSON. (*Lancet*, 10 mai.) — Deux cas de grippe avec érythème papuleux, par MEDVEI. (*Int. klin. Rundschau*, n° 4.) — Exanthème grippal, par MINAUF. (*Wiener med. Presse*, n° 12.) — Rash purpurique dans la grippe, par LOCKE. (*Lancet*, 5 avril.) — Eruptions symptomatiques de la grippe, par BARTHELEMY. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 avril.) — Troubles génito-urinaires causés par la grippe, par TROSSAT. (*Lyon méd.*, 30 mars.) — L'asthénie post-grippale, tuberculose, néphrite et grippe, par POTAIN. (*Bull. méd.*, 30 mars.) — Traitement de la grippe, par ILLINGWORTH. (*Brit. med. journ.*, 26 avril.) — Traitement de l'influenza à ses débuts, par BOUCHERON. (*Bull. méd.*, 5 janvier.) — La grippe, notes de médecine populaire et conseils hygiéniques, par FILOL. (*Broch. Rome.*)

Grossesse. — Les calendriers de la grossesse, par VOITURIEZ. (In-8°, *Lille.*) — Examen topographique des organes thoraco-abdominaux au sixième mois de la grossesse, d'après une section médiane sur un cadavre congelé, par STAURENGHI. (*Soc. med. chir. di Pavia*, 10 mars 1889.) — De la persistance de l'hymen dans la grossesse et de son importance au point de vue obsté-

trical et médico-légal, par DESTARAC. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Le corps jaune de la grossesse chez les femmes non enceintes, par COOKE HIRST. (*Med. News*, 5 avril.) — Première grossesse après 26 ans de mariage, par NIEDEN. (*Centr. für Gyn.*, 14 décembre.) — Ictère de la grossesse, par GRANDIN. (*N. York obst. Soc.*, 7 janvier.) — De l'ictère pendant la grossesse, par J.-T. WINTER. (*Americ. Journ. of obst.*, janvier.) — Ictère des femmes enceintes, par ILLOWAY. (*Ibid.*, octobre 1889.) — Mort du fœtus par infection de l'amnios, par HUE. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Deux cas de prurit idiopathique universel pendant la grossesse, par FEINBERG. (*Cent. f. Gynaek.*, n° 7, 15 février.) — Affection cardiaque pendant la grossesse et l'accouchement, par EDGE. (*Lancet*, 8 mars.) — Grossesse gémellaire avec hydramnios, accouchement prématuré au sixième mois, par STONE. (*Americ. journ. of obst.*, avril.) — Pseudo-grossesse gémellaire, par BASTAKI. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, III, n° 3.) — Sur un cas de grossesse trigémellaire, par COURMONT. (*Lyon méd.*, 2 février.) — Grossesse avec occlusion presque complète du vagin, par HEYDER. (*Arch. für Gyn.*, XXXVI, 3.) — Grossesse et cypho-scoliose, par A. NEBEL. (*Centr. für Gyn.*, 21 décembre 1889.) — De l'achondroplasie, par PORAK. (*Nouv. Arch. d'obst.*, janvier.) — De la hernie de l'utérus gravide, par FALK. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVII, 2.) — Quinine et grossesse, par MERZ. (*Bull. méd. de l'Algérie*, janvier.) — Grossesse abdominale datant de quatorze mois, extraction du fœtus par la laparotomie, guérison, par CHANDELUX. (*Lyon méd.*, 12 janvier.) — Quatre cas de grossesse extra-utérine, par TUTTLE. (*Americ. journ. of. obst.*, janvier.) — Grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne, prise pour une grossesse tubaire, laparotomie, guérison, par MUNDÉ. (*Ibid.*, janvier.) — Grossesse extra-utérine et hématocèle pelvienne, par H. WATHEN. (*Ibid.*, août 1889.) — Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine, par J. STRAHAN. (*Philadelphie*, 1889.) — Deux opérations pour grossesse extra-utérine, par J. PRICE. (*Journal of Americ. Assoc.*, 9 novembre 1889, p. 681.) — Grossesse tubaire. Guérison. Mort de l'enfant par le courant électrique, par EDEBOHLS. (*N. York med. record*, p. 629, 7 décembre 1889.) — Grossesse tubaire traitée par les courants faradiques, par WALKER. (*Ibid.*, p. 539, 16 novembre 1889.) — Hématosalpinx et grossesse extra-utérine, par BRODIER. (*Bull. Soc. Anat.*, 21 mars, p. 176.) — Grossesse extra-utérine, opération au douzième mois, trois mois après la mort de l'enfant à terme, guérison, par MALCOLM MC LEAN. (*Americ. journ. of obst.*, avril.) — De la grossesse extra-utérine, par DUNCAN. (*Lancet*, 1er mars.) — Laparotomie pour une grossesse tubaire de deux mois avec rupture du kyste fœtal; œuf non retrouvé. Guérison, par WYDER. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 17, 1er janvier.) — Deux laparotomies pour grossesse extra-utérine, par BRAUN-FERNWALD. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVII, 2.) — Deux cas de grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par HERMAN. (*Brit. med. journ.*, 15 mars.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par ELDER. (*Lancet*, 1er février.) — Etude sur la grossesse ovarienne, par MOURATOFF. (*Ann. de Gyn.*, février.) — Deux cas de grossesse tubaire : laparotomie avant la rupture. Guérison, par J. BALDY et T. PARVIN. (*Journ. of Americ. Assoc.*, 18 janvier, p. 102.) — L'électricité dans la grossesse extra-utérine, par BUCKMASTER. (*Americ. journ. of obst.*, avril.)

Gymnastique. — Manuel de gymnastique médicale suédoise de T.-J. HOSTELIUS. Edition allemande, par CHR. JURGENSEN et PRELLER. (*Leipzig.*)

R

Helminthes. — De l'hématurie d'Egypte causée par la bilhazzia hæmatobia, par MOHAMMED CHAKER. (*Thèse de Paris*, 27 février.) — Cas de chylurie, présence des filaires, par SLATER. (*Lancet*, 29 mars.) — Etude de la filariose, par LORENTZ. (*Thèse de Paris*, 8 février.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie intermittente ou paroxystique, par BERTELÉ. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Sur les microbes de l'hémoglobinurie du bœuf, par BABÈS. (*Acad. des sc.*, 14 avril.) — Hémoglobinurie paroxystique ou *a frigore*, par BARTH. (*Mercredi méd.*, 2 avril.) — Un cas d'hémoglobinurie mortelle, par DEMME. (*Wiener med. Blätter.*, n° 10.)

Hémorragie. — Méthode d'hémostase pendant les opérations, par MC LEOD. (*Lancet*, 19 avril.) — Un cas d'hémophilie, par COHEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — Influence des hémorragies de la mère sur la vitalité du fœtus, par CHARPENTIER et BUTTE. (*Soc. Biologie*, 16 novembre 1889.) — Hémorragie grave consécutive à une cautérisation étendue du vagin, par BÉTRIX. (*Ann. de Gynéc.*, avril.) — Hydrastinine dans les hémorragies puerpérales, par FALK. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVII, 2.)

Hérédité. — L'hérédité, par TURNER. (*Rev. scient.*, 1er février.) — Travaux récents sur l'hérédité et l'atavisme, et leur signification en pathologie, par ZIEGLER. (*Ziegler und Nauwerck's Beitraege zur pathol. Anat.*, IV, p. 361, et *Centralbl. f. klin. Med.*, n° 43 ; 1889.)

Hernie. — Des hernies pariétales, par POULSEN. (*Hospitals-Tidende*, VII, n° 18.) — Epiplocèle crurale irréductible par adhérence au sac, coexistence des deux variétés de kystes préherniaires, difficultés du diagnostic, cure radicale, guérison, par THIBAUDET. (*Journ. sc. méd.*, *Lille*, 7 février.) — Un cas rare de hernie inguinale congénitale du cæcum et de l'appendice vermiforme. Kélotomie et considérations anatomo-cliniques, par A. RUBINO. (*Sicilia medica*, nos 11 et 12, p. 963 ; 1889.) — Hernie inguinale étranglée, herniotomie, rupture de l'intestin, entérectomie, cure radicale, guérison, par BROWNE. (*Brit. med. journ.*, 12 avril.) — Hernie inguinale, cure opératoire suivie de récidive, 2e opération, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 27 février.) — Hernie crurale étranglée, cure radicale, occlusion intestinale, par GOTTELAND. (*Le Dauphiné méd.*, n° 2, février.) — Hernie rétropéritonéale, par LOCKWOOD. (*London path. Soc.*, 4 février.) — Cure opératoire d'une hernie épigastrique, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 1er avril.) — Valeur du signe de Romberg (sensibilité au niveau du tronc obturateur) pour le diagnostic des hernies obturatrices, par KROENLEIN (4 cas de hernies obturatrices. 1 cas chez l'enfant, dans lequel la douleur au niveau du tissu obturateur tenait non à une hernie, mais à une péritonite circonscrite). (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 11, 1er janvier.) — Hernie obturatrice droite étranglée, par FIRTH. (*Brit. med. journ.*, 19 avril.) — Hernie obturatrice étranglée, par COSSHAM. (*Brit. med. journ.*, 29 mars.) — Omphalocèle étranglée (côlon transverse) chez une femme obèse de 60 ans, guérison par kélotomie, par KARL ROSER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 66, 20 janvier.) — Hernie ombilicale congénitale, laparotomie six heures après la délivrance, guérison, par MACDONALD. (*Americ. Journ. of obst.*, janvier.) — De la hernie étranglée chez les ascitiques, de l'ascite dans les

kystes du paraovarisme, par JEANNEL. (*Rev. de chir.*, janvier.) — Hernie étranglée chez une femme de 80 ans, herniotomie nécessitant une laparotomie, guérison, par ALLINGHAM. (*Lancet*, 22 février.) — Rupture d'un sac herniaire avec issue de l'intestin, guérison, par LLOYD. (*Lancet*, 22 février.) — Le traitement des hernies, par BRYANT. (*New York med. record.*, 9 novembre 1889.) — Du traitement des hernies volumineuses (8 observations), par COLLINS WARREN. (*Journal of Amer. Assoc.*, 16 novembre 1889, p. 696.) — Cure radicale des hernies, par MANLEY. (*Med. News*, 25 janvier.) — De la cure radicale des hernies, par WOLTER. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 360.) — La cure radicale de la hernie, par BISHOP. (*Brit. med. journ.*, 19 avril.) — Etude de 50 cas de cure radicale de hernies non étranglées, par BARKER. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 8 avril.) — Cure radicale des hernies, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clinique*, n° 49, p. 784; 1889.) — De la conduite à tenir en face d'un étranglement herniaire, par SCHWARTZ. (*Ibid.*, n° 41, p. 662; 1889.)

Herpès. — Herpès génital, par LYDSTON. (*Med. News*, 8 février.) — De l'herpès zoster (d'après 255 cas), par GREENOUGH. (*Boston med. journ.*, 5 décembre 1889, p. 549.) — Impetigo herpétiforme (Hebra et Kaposi) et dermatite herpétiforme (Duhring), par L.-A. DUHRING. (*Amer. J. of the med. sc.*, mars, p. 256.)

Histologie. — Nouveau guide pratique de technique microscopique appliquée à l'histologie et à l'embryogénie, par BONEVAL. (In-8°, 226 p., *Paris.*) — De l'emploi du carmin aluné dans les recherches d'histologie pathologique, par LACROIX. (*Lyon méd.*, 2 mars.) — Méthode nouvelle pour étudier au microscope les éléments et les tissus des animaux à sang chaud à leur température physiologique, par RANVIER. (*Acad. des sc.*, 31 mars.)

Hôpital. — Histoire de l'hôpital de Lourcine, par PERCHAUX. (*Thèse de Paris*, 6 février.) — Description des nouveaux pavillons de James Murray's royal asylum, par URQUHART. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — Le nouvel hôpital général de Hambourg, par TH. DENEKE. (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesund.*, XX et XXI, et *Annales. d'hyg. publ.* XXXII, 66, janvier.) — L'hôpital de Sainte-Catherine en la rue Saint-Denis 1184-1790, par BRIÈLE. (In-8°, 94 p., *Paris.*)

Hydatide. — Transplantation des vésicules d'hydatides de l'homme au chien, par LEBEDEFF et ANDREEFF. (*Wratch.*, n° 29; 1889.) — De la présence de l'inchéocoque en Finlande, par SIEVERS. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXI, n° 11.) — Kyste hydatique du cerveau (enfant de 12 ans), par RABOT. (*Lyon méd.*, 23 février.) — Obstruction de l'artère pulmonaire et de ses branches par des vésicules hydatiques, par LITTEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 64, 20 janvier.) — Cas d'hydatides primitives du poumon gauche, par NICHOLSON. (*Lancet*, 5 avril.) — Hydatide de l'orbite, par SHARP. (*Brit. med. journ.*, 25 janvier.) — Kyste hydatique du foie amenant de grands déplacements des organes; opération, mort, par KNAGGS. (*Clinic. Soc. London*, 11 avril.) — Des kystes hydatiques de la convexité du foie, par GALLIARD. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Du diagnostic des hydatides déchirées du foie, par EICHHORST. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — Note sur le traitement des kystes hydatiques du foie, par ROUTIER. (*Rev. gén. de clinique*, n° 45, p. 719; 1889.) — Kyste hydatique de la région lombaire, par POLLOSSON. (*Lyon méd.*, 16 mars.) — Hydatides du bassin, par WALLACE. (*Cardiff med. Soc.*, 6 février.) — Kyste hydatique développé entre la vessie et le rectum dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, par BAUDET. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 16 février.)

Hydrothérapie. — De l'emploi du drap mouillé en hydrothérapie, par Bottey. (*Rev. d'hyg. thérap.*, février.)

Hygiène. — Traité d'hygiène, par J. Uffelmann. (2e partie, *Vienne.*) — Règlement de la députation scientifique pour les questions médicales en Prusse (22 septembre 1888). (*Annales d'hyg. publ.*, XXXII, 92, janvier.) — L'enseignement pratique de l'hygiène à la faculté de médecine, par Godart. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Une transformation de maternité en province (à Marseille), par Queirel. (*Revue d'hyg.*, XII, 6, janvier.) — Hygiène urbaine. L'assainissement de Bordeaux, par Mauriac. (In-8°, 72 p., *Bordeaux.*) — Le surmenage mental dans la civilisation moderne, effets, causes, remèdes, par Manaceine, trad. de Jaubert. (In-8°, *Paris.*) — L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par Lagrange. (In-8°, *Paris.*) — Note sur l'inspection médicale des écoles, par F. Dreyfous. (*Revue d'hyg.*, XII, 19, janvier.) — Sur les améliorations introduites par le conseil supérieur de l'instruction publique dans le régime des établissements d'enseignement secondaire, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 9 janvier.) — Hygiène de l'école, par Esmarch. (*Gesundheit*, 3.) — Des conditions des enfants dans les écoles, par Warnez. (*Lancet*, 5 avril.) — Alpinisme et hygiène, par Barral. (*Lyon méd.*, 6 avril.) — Compte rendu de la 14e session de la Société allemande d'hygiène publique, tenue à Francfort-sur-Mein en 1888 (1° mesures pour obtenir des logements salubres; 2° convenance de ne pas tolérer l'établissement de fabriques dans tous les quartiers des villes; 3° procédés d'épuration des eaux d'égout; 4° construction et installation des hôpitaux; 5° pavage et nettoiement des rues). (*Deutsche Viertelj. f. oeff. Gesund*, XXI, et *Annales d'hyg. publ.*, XXXII, 80, janvier.) — La maison salubre et la maison insalubre, par Lavrand. (*Journ. sc. méd. Lille*, 31 janvier.) — De l'aération permanente par la fenêtre entr'ouverte, par Nicaise. (*Bull. gén. de thér.*, 30 mars.) — Des chambres de malades, par Mendelsohn. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — Sur le travail de nuit des femmes dans les manufactures, usines et ateliers, par Rochard. (*Bull. Acad. de méd.*, 15 avril.) — Poêle-cheminée à l'anthracite ou au bois, par Michel Penet. (*Revue d'hyg.*, XII, 30, janvier.) — Le poêle à gaz Simoun, par W. Spring. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 10, janvier.) — Notification des maladies infectieuses, par Whitelegge. (*Public health*, n° 2, p. 167.) — La première station de voitures pour le transport des contagieux de la ville de Paris. (*Revue d'hyg.*, XII, 84, janvier.) — La désinfection d'une ville pestiférée au xviie siècle, par de Santi. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 février.) — Hygiène coloniale, par Reynaud. (*Arch. de méd. nav.*, février.) — Relation médicale d'un voyage d'immigration indienne effectué par le steamer *Nantes-Bordeaux*, par Castellan. (*Arch. de méd. navale*, avril.) — Circulaire ministérielle belge du 19 novembre 1889, tendant à réprimer l'emploi des cercueils métalliques. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 30, janvier.) — Arrêté ministériel hollandais relatif à la vente du beurre artificiel (23 octobre 1889.) (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 32, janvier.) — De la réorganisation de Saint-Lazare au point de vue de la prophylaxie des maladies vénériennes, par Verchère. (*Bull. méd.*, 19 mars.)

Hygroma. — Nouveau cas d'hygroma proliférant endothélial, par Morisani. (*Progresso med.*, 10 janvier.)

Hypertrophie. — De l'hypertrophie congénitale partielle, par Redard. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.)

Hypnotisme. — Contribution expérimentale à la physio-psychologie de

l'hypnotisme, par MORSELLI et TANZI. (*Riv. di filosofia scient.*, VIII.)—Hypnotisme expérimental. Les émotions dans l'état d'hypnotisme et l'action à distance des substances médicamenteuses ou toxiques, par LUYS. (In-16, *Paris.*) — De l'hypnotisme et de la suggestion ; leur emploi dans la pratique médicale, par PERLES. (*Vienne*, 20 pages.) — Sitophobie guérie par la suggestion hypnotique, par QUEIROLO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.) — Des miroirs rotatifs et de leur action thérapeutique, par LUYS. (*Gaz. des hôp.*, 8 avril.) — Hypnotisme ou thérapeutique sans suggestion, par WOOD. (*Lancet*, 11 janvier.)

Hystérie. — Le roman d'une hystérique, histoire vraie pouvant servir à l'étude médico-légale de l'hystérie et de l'hypnotisme, par GRASSET. (*Semaine méd.*, 19 février.) — L'hystérie dans l'armée allemande, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Nouv. iconographie phot. de la Salpêtrière*, n° 6, p. 318; 1889.) — Trois nouvelles observations d'hystéro-épilepsie chez les jeunes garçons, par BOURNEVILLE et SOLLIER. (*Arch. de neurol.*, janvier.) — Des somnambulismes, par BLOCQ. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 mars.) — Note sur une stigmatisée, par FERROUD. (*La Loire méd.*, 15 mars.) — Maladies organiques simulant l'hystérie, par BLOCQ. (*Le Mercredi méd.*, 26 février.) — Autographisme et stigmates, par MESNET. (*Bull. méd.*, 26 mars.) — Automatisme ambulatoire chez un hystérique, par PROUST. (*Bull. méd.*, 2 février.) — De l'hystéro-neurasthénie avec délire chez les dégénérés, par COLIN. (*Bull. méd.*, 30 mars.) — Hystérie simulée par une affection organique du système nerveux, par BUZZARD. (*Lancet*, 8 février.) — Ecchymoses spontanées chez les hystériques et état mental de ces malades, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Soc. de méd. lég.*, 21 avril.) — Hystérie maniaque infantile, par P. BLOCQ. (*Rev. gén. de clin.*, n° 48, p. 768; 1889.) — Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie, par GILLES DE LA TOURETTE et A. DUTIL. (*Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, n° 6, p. 251; 1889.) — Des troubles trophiques dans l'hystérie, par ATHANASSIO. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — De la pseudo-angine de poitrine hystérique chez les cardiaques, par HALBOT. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Des contractures hystériques, par TÖLKEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — Cécité hystérique datant de 10 ans chez un homme en bonne santé, par HARLAN. (*Med. News*, 11 janvier.) — Cécité hystérique chez un homme, par MARLOW. (*New York med. journ.*, 9 février 1889.) — De l'œdème hystérique, par TRINTIGNAN. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Pseudo-péritonite et épilepsie dans l'hystérie, par BRISTOWE. (*Brit. med. journ.*, 22 février.) — Echolalie et échokinésie de nature hystérique, par J. VOISIN. (*Bull. méd.*, 9 avril.) — Hystérie et impaludisme, par REGNAULT. (*Gaz. des hôp.*, 7 janvier.) — Fièvre hystérique avec température atteignant 44°,9; guérison, par LORENTZEN. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 33.) — La nutrition dans l'hystérie, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU. (*Progrès médical*, 11 janvier.) — Considérations sur la courbe des excrétions dans l'attaque de sommeil hystérique, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Nouv. iconographie phot. de la Salpêtrière*, n° 6, p. 290 ; 1889.) — La nutrition dans l'hystérie, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU. (*Acad. des sc.*, 14 avril.) — Sur la nutrition dans l'hystérie, par BOUCHARD. (*Acad. des sc.*, 21 avril.) — Hystérique assassin, par BIANCHI. (*Arch. di psichiat.*, X, 6.) — Sur un cas de délire hystéro-alcoolique, par BURLUREAUX. (*Mercredi méd.*, 2 avril.) — Léthargie traitée avec succès le 13e jour par les suggestions hypnotiques, par STREIT. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 21, 1er janvier.) — Traitement des contractures hystériques, par DUMONTPALLIER. (*Semaine méd.*, 26 mars.)

I

Idiotie. — Nouveau cas d'idiotie myxœdémateuse, par Bourneville. (*Arch. de Neurol.*, n° 56.) — L'histologie morbide d'un cas d'idiotie épileptique syphilitique, par Saint-John Bullen. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — La bouche des enfants imbéciles du type mongolien, par R. Jones. (*Journ. of ment. sc.*, avril.)

Infection. — Les infections combinées (infections mixtes et infections secondaires), par Roger. (*Gaz. des hôp.*, 1er février.) — De l'influence du système nerveux sur l'infection, recherches expérimentales, par Platania. (*Giorn. intern. d. sc. med.*, n° 12 ; 1889.)

Inflammation. — Traitement local des inflammations, par Desplats. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 mars.)

Injection. — Injection et aspiration avec la seringue hypodermique pour établir le diagnostic, par Truby King. (*Brit. med. journ.*, 11 janvier.) — Sur les injections sous-cutanées de quinine, par Koebner. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mars.)

Insolation. — Atrophie fibreuse, suite d'insolation, par Cramer. (*Cent. f. allg. Pathol.*, 15 mars.) — Quelques mots sur un cas d'insolation, par Goyens. (*Annales Soc. de méd. d'Anvers*, p. 179, octobre 1889.)

Intestin. — Diverticule de l'iléon, par Diller. (*Med. News*, 8 février.) — Sur les centres d'innervation de l'intestin grêle, par Berggrünn. (*Med. Sahrb.*, LXXXIV, p. 425.) — De l'origine spasmodique des coliques et de leur traitement par les vaporisations rectales d'éther, par Cornet. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Sable intestinal, par Delépine. (*London path. Soc.*, 4 février.) — De la constipation latente, par Courtade. (*Union méd.*, 1er février.) — De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Etude de pathologie nerveuse et mentale, par Feyat. (*Thèse de Lyon*, n° 522.) — Du traitement de la diarrhée et de la constipation, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — Trois cas de péricolite, par J. Windscheid. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 233.) — Ulcère perforant du duodénum, par Myers. (*London pathol. Soc.*, 15 avril.) — Ulcération tuberculeuse des intestins, par Gibney. (*Med. News*, 22 mars.) — Tumeur de l'intestin, par Rosenberger. (*Verhandlungen der physikmedicin. Gesells. zu Würzburg.*, 1889, p. 1.) — Cancer de l'ampoule de Vater, par Busson. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — Tumeur épithéliale du cæcum propagée au cordon, par Michaud. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 547.) — Deux observations de cancer de l'intestin avec phlegmon pyo-stercoral, par P. Thiéry. (*Bull. Soc. anat.*, 24 janvier, p. 37.) — D'une forme particulière de rétrécissement cancéreux de l'iléon, par Chiari. (*Prager med. Woch.*, 15 janvier.) — Chirurgie intestinale, par Shimwell. (*Med. News*, 12 avril.) — Traitement de certaines formes de gangrène de l'intestin, par Penrose. (*Med. News*, 15 mars.) — Laparotomie pour contusion des intestins, guérison, par King. (*Med. News*, 1er mars.) — De la laparotomie immédiate pour l'inflammation de l'appendice à la période latente, par Weir. (*Med. News*, 1er mars.) — Perforation de l'appendice vermiculaire, péritonite suppurée, mort, par Graham Steell. (*Lancet*, 1er mars.) — Rupture du jejunum, laparotomie, par Cheyne. (*Brit. med. journ.*,

5 avril.) — Rupture de l'intestin grêle, par CROFT. (*London. clin. Soc.*, 14 mars.) — Extirpation de l'appendice vermiculaire gangrené, concrétion fécale; laparotomie secondaire à travers la ligne blanche pour une péritonite suppurée, par DYCE DUCKWORTH et LANGTON. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 431.) — Observation de gastro-entérostomie, avec table des cas publiés, par PAGE. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 373.) — Fistule stercorale compliquée de rétrécissement; résection intestinale, nouveau procédé d'entérorragie circulaire, suture circulaire par abrasion, guérison, par CHAPUT. (*Bull. acad. de méd.*, 18 février.) — Colectomie, résection du gros intestin pour affection maligne, par KENDAL FRANKS. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 211.) — Quelques expériences d'entéro-coloplastie, par CRESPI. (*Sperimentale*, mars.)

Iris. — Du phénomène de l'ombre pupillaire et de sa valeur séméiologique, par LAGRANGE. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 5 janvier.) — Tuberculose de l'iris, par DE WECKER. (*Soc. d'opht.*, avril.) — Tuberculose oculaire, excision d'un tubercule de l'iris suivie de succès, par TERSON. (*Rev. méd. Toulouse*, 1er janvier.)

K

Kyste. — Kystes dermoïdes du plancher de la bouche et du cou, par ROBINSON. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — Ganglion kystique du pli de l'aine. Diagnostic différentiel, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 7.)

L

Lait. — Le lait et le régime lacté, par MALAPERT DU PEUX. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Conservation du lait en utilisant trois lois de la physique, par GALLAVARDIN. (*Lyon méd.*, 2 février.) — Dosage de la matière grasse dans le lait, par LEZÉ. (*Acad. des sc.*, 24 mars.)

Langue. — Des éléments musculaires et des éléments élastiques de la membrane retro-linguale de la grenouille, par RANVIER. (*Acad. des sc.*, 10 mars.) — L'eczéma de la langue, par DE MOLÈNES. (*Arch. de laryng.*, décembre 1889.) — Grenouillette double aiguë, par DU CANE. (*Lancet*, 1er mars.) — Deux cas de tumeur glandulaire de la langue, par BUTLIN. (*Clin. Soc. London*, 28 février.) — Nævus lymphatique de la langue, par HUTCHINSON. (*London path. Soc.*, 1er avril.) — Macroglossie, par BARKER. (*Ibid.*) — Un cas de glossite hémorragique aigu, par MYGIND. (*Journ. of laryng.*, janvier.) — Ankyloglosse totale datant de 17 ans, par ROUTIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 707.)

Laparotomie. — De l'importance du lavage du péritoine pour assurer la disposition naturelle des intestins après la laparotomie, par MALCOLM. (*Lancet*, 11 janvier.) — Sur quelques points relatifs à la mortalité après la laparotomie, par MEREDITH. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 31.) — Série de 84 laparotomies chez la femme, par TAYLOR. (*Lancet*, 29 mars.) — Remarques cliniques et opératoires sur une série de 30 laparotomies, par POZZI, DE LOSTALOT-BACHOUÉ et BAUDRON. (*Ann. de gynéc.*, avril.) — Les laparotomies pratiquées pendant les années 1887 et 1888, par HENSOLDT. (*Charité-Annalen*, XIV.)

Larynx. — De l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles aux Etats-Unis et au Canada, par BARATOUX. (*La Pratique méd.*, 11 février.) — Sur le centre moteur de l'innervation du larynx, par KRAUSE, réponse de SEMON et HORSLEY. (*Brit. med. journ.*, 18 et 25 janvier, et *Berl. klin. Woch.*, 27 janvier.) — Etendue de la voix chez les enfants, par ENGEL. (*Hambourg*, 1889.) — Analyse physique des voyelles, par GUEBHARD. (*La Voix*, mars.) — Education de la voix chantée, par BAUSSAND. (*La Voix*, janvier.) — Voix et registre, par MOURA. (*La Voix*, janvier.) — Eclairage des cavités de la face et du larynx, par SEIFERT. (*Verhandl. d. phys. med. Ges. Würzburg*, p. 23; 1889.) — Laryngite aiguë rhumatismale d'origine blennorragique, par SIMPSON. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 12 avril.) — Périchondrite laryngée suppurée, sans aucun antécédent morbide du larynx, par NEWMAN. (*Brit. med. journ.*, 29 mars.) — Myxœdème du larynx. Tumeur du larynx. Ulcération et périchondrite du cartilage thyroïde, par LUNN. (*London path. Soc.*, 4 mars.) — Un cas d'érysipèle du larynx, par LUNIN. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 40; 1889.) Œdème aigu primitif du larynx, trachéotomie, guérison, par MARTINO. (*Progresso med.*, 10 février.) — Sur un cas de lupus du larynx, par MASSEI. (*La Riforma med.*, 4 février.) — Curabilité de la phtisie laryngée, par Mc SHERRY. (*Maryland med. journ.*, 25 mai 1889.) — L'électrolyse endolaryngée dans le traitement de la tuberculose du larynx, par MERMOD. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 51, janvier.) — Traitement chirurgical des végétations dans la laryngite tuberculeuse, par MASCAREL. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Etude sur la syphilis laryngée, 10 cas, par JOBST. (*Inaug. Diss. Würzburg*, 1889.) — Des crises laryngées et autres crises dans le tabes, par VAN GIESON. (*New York neurol. Soc.; Med. News*, 1er mars.) — De la paralysie des cordes vocales dans le goitre, par STEINTHAL. (*Med. Corr.-Bl. d. Wurtemb.*, 2 janvier.) — Laryngite striduleuse congénitale, enfant de 8 jours, par SUCKLING. (*Midland med. Soc.*, 26 février.) — Le traitement de l'aphonie hystérique associée à la rhinite hypertrophique par la cautérisation des cornets, par CASSELBERRY. (*Med. News*, 22 février.) — Du spasme laryngé hystérique, par BESSIÈRE. (*Ann. méd. psychol.*, mars.) — Du laryngisme, par GAY. (*Brain*, n° 48.) — Les causes du spasme laryngé chez les jeunes enfants, influence de l'allongement de la luette, par MANTLE. (*Brit. med. journ.*, 8 février.) — Laryngisme hystérique, par SUCKLING. (*Midland med. Soc.*, 12 mars.) — Angor pectoris et angoisse laryngée, par BRISSAUD. (*Tribune méd.*, 20 mars.) — Ictus laryngé, par HUGUIN. (*Union méd. Nord-Est*, mars.) — De la pachydermie laryngée, par RETHI. (*Wiener klin. Woch.*, n° 27; 1889.) — Sténose laryngée par adduction fixe des cordes, suite de cancer de l'œsophage, par BLACKMAN. (*Brit. med. journ.*, 12 avril.) — Cancer du larynx, 2 cas, par JOHNSON. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 19 avril.) — Ankylose des articulations laryngées par infiltration cancéreuse, soulagement par le tubage, par REID. (*Med. and surg. Reporter*, 11 mai 1889.) — Cancer du larynx, laryngectomie, par DAGRON. (*Soc. Anat.*, janvier, p. 47.) — Pinces pour enlever les tumeurs sous-glottiques, par J. SCHEINMANN. (*Berliner klin. Woch.*, p. 51, 20 janvier.) — De la laryngite polypeuse congénitale, par DESVERNINE. (*Rev. de ciencias med.*, janvier.) — Papillome du larynx guéri par le tubage, par BALDWIN. (*New York med. Record*, 8 mars.) — Un cas de papillome de la corde vocale avec considérations sur les tumeurs intralaryngées et leur extirpation, par COX. (*New York med. journ.*, 12 avril.) — Cas de papillome laryngé et trachéal, par SCHALLER. (*Inaug. Diss. Munich*, 1889.) — Fracture du larynx et de l'os hyoïde, par JEANMAIRE. (*Arch. méd. milit.*, janvier, p. 21.) — Destruction complète du larynx par coup de feu, guérison, par HARPER. (*New Orleans med. journ.*, XVII,

1889, p. 259.) — Luxation de l'os hyoïde, par WESTMORELAND. (*Atlanta med. surg. journ.*, juin 1889.) — Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par RICHELOT. (*Union médicale*, 26 janvier.) — Sur le traitement du croup par la méthode d'intubation d'O'Dwyer, par GANGHOFNER. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXX, 3.) — Une nouvelle indication du tubage de la glotte, par GAMPERT. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, janvier.)

Lèpre. — Notes sur la lèpre dans diverses contrées, par HUTCHINSON. (*Brit. med. journ.*, 22 mars.) — Esquisse géographique de la lèpre, de ses rapports avec la consommation du poisson dans le Bengale, le Béhar, l'Orissa et l'Assam, par RICHARDS. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — La lèpre au Brésil, par CREMER. (*Deut. med. Zeit.*, n° 1.) — Analyse de 118 cas de lèpre, par ABRAHAM. (*Epidem. Soc. of London*, 8 janvier.) — De la lèpre, par GAMBERINI. (*Giorn. mal. vener.*, XXV, 1.) — Sur l'étiologie de la lèpre, par KAURIN. (*Lancet*, 25 janvier.) — Sur la contagiosité de la lèpre, par FORNÉ. (*Acad. de méd.*, 29 avril, et *Bull. méd.*, 30 avril.) — De la contagiosité de la lèpre, par WAHL. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 42; 1889.) — La propagation de la lèpre, par NEVE. (*Brit. med. journ.*, 8 février.) — Des microorganismes de la lèpre, par UNNA. (*Dublin journ. of med. sc.*, février.) — Sur la distribution du bacille lépreux, par WYNNE. (*Lancet*, 4 janvier.) — Notes sur les premiers degrés de la lèpre, par HUTCHINSON. (*Brit. med. journ.*, 15 février.) — Diagnostic de la lèpre, en particulier de la forme anesthésique, avec la syringomyélie, par PRINCE MORROW. (*Journ. of cut. dis.*, janvier.) — Etat des voies respiratoires dans la lèpre des Indes orientales, par HILLIS. (*Journ. of laryng.*, janvier.) — Lèpre et éléphantiasis chez le même malade, amputation de la cuisse, mort de pyohémie, par BEAVEN RAKE. (*Lancet*, 25 janvier.)

Leucémie. — Sur les corpuscules blancs d'un leucocythémique, par BIONDI. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 3.) — Etude morphologique du sang leucocythémique, par BAISSAS. (*Gaz. hebd. de méd.*, 29 mars.) — Un cas de pseudo-leucémie, par TORDEUS. (*La Clinique*, 3 avril.)

Lèvre. — Epithélioma de la lèvre inférieure, par HEURTEAUX. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 janvier.) — Traitement du cancer des lèvres, ses procédés et résultats, par FORGUE. (*Montpellier méd.*, 16 janvier.)

Lipome. — Lipome du muscle sous-épineux, par LEJARS. (*Bull. Soc. anat.*, 7 février, p. 58.) — Des tumeurs graisseuses, par SUTTON. (*Brit. med. journ.*, 19 avril.)

Locomotion. — Claudication intermittente d'origine vasculaire, par DELAUNAY. (*Thèse de Paris*, 27 mars.)

Lupus. — Note sur des préparations microscopiques de lupus erythémateux, par SCHÜTZ. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 1 et 2.) — Lupus érythémateux de la face et de la cavité buccale, par HENRY FOX. (*Journ. of cut. Dis.*, janvier.) — Un cas de lupus vulvaire hypertrophique et perforant, par HABERLIN. (*Arch. für Gyn.*, XXXVII, 1.) — Lupus de la vulve, par LEWERS. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 326.)

Luxation. — Sur les luxations congénitales de l'enfance, par VERNEUIL. (*Rev. d'orthop.*, n° 1, janvier.) — Procédé opératoire pour la réduction sanglante des luxations du pouce en arrière, devenues irréductibles, par BURCI. (*Sperimentale*, mars.) — Luxation ancienne du poignet en avant avec arrêt de développement de tout le membre supérieur, par A. PONCET. (*Gaz. des hôp.*, 2 janvier.) — Des luxations divergentes du coude radius en avant, cu-

bitus en arrière, par PORQUIER. (*Thèse de Paris*, 23 avril.) — Arthrotomie pour une luxation en arrière irréductible des deux os de l'avant-bras, par NANCREDE. (*Med. News*, 18 janvier.) — Deux cas de luxation de l'épaule réduite par le procédé de Kocher, par BEESLEY. (*Lancet*, 25 janvier.) — De la luxation de l'épaule en arrière et ses complications, par AHMED BEN MILOUD. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.) — Des luxations de l'épaule compliquées de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, par CASTEX. (*Gaz. des hôp.*, 21 janvier.)— Deux cas de luxation ancienne des deux épaules, opération; remarques sur le pansement au cyanure de zinc et mercure, par LISTER. (*Lancet*, 4 janvier.) — Luxations récentes de l'épaule en dedans, par HENNEQUIN. (*Rev. de chir.*, janvier.) — Luxation de l'épaule en arrière. Arrachement du trochiter. Rupture et luxation du tendon du long chef du biceps, par GUERMONPREZ et MICHEL. (*Bull. Soc. Anat.*, 31 janvier, p. 48.) — Luxation des deux épaules, par MILNE. (*Lancet*, 22 février.) — Des luxations astragaliennes dites doubles ou complètes, par DELMAS. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Observations de luxation du cuboïde droit, par BROQUET. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1er février.) — Etude sur les luxations des ménisques interarticulaires du genou, par BRAQUEHAYE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 23 février.) — Du traitement, suivi de succès, de luxations congénitales de la hanche par le décubitus avec extension pendant deux ans, par ADAMS. (*Brit. med. journ.*, 22 février.)

Lymphatique. — Etude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs ganglionnaires du cou, par PLICQUE. (*Gaz. des hôp.*, 8 fév.)— Un millier de cas de ganglions lymphatiques hypertrophiés traités par l'excision, par MILTON. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.)— Enucléation des ganglions tuberculeux, par KAY. (*Med. Register*, 9 février.) — Pathologie et traitement des adénites tuberculo-scrofuleuses chez les enfants au-dessous de 10 ans, par WOHLGEMUTH. (*Inaug. Diss. Berlin*, 1889.) — Du traitement du bubon par la ponction suivie d'injections modificatrices, par LAPORTE. (*Thèse de Lyon*, n° 516.) — Lymphangiome de la région cervicale droite, par JONNESCO. (*Bull. Soc. Anat.*, 7 février, p. 59.) — Symptômes et histogénie du lymphosarcome, par KUTZNER. (*Inaug. Diss. Greifswald*, 1889.) — Lymphadénome en général, et particulièrement sur un cas rare observé sur la mamelle, par PSALIDAS. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Du lymphadénome, par PALASME DE CHAMPEAUX. (*Thèse de Paris*, 20 février.) — Enorme lymphadénome du cou, par RECLUS. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 706.) — Cancer ganglionnaire primitif de l'aine, par COMBAUD. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 668.)

M

Main. — Traitement de la rétraction palmaire, par ADAMS. (*London med. Soc.*, 24 mars.) — Traitement de la rétraction palmaire, par MACREADY. (*Brit. med. journ.*, 22 février.) — Un cas de doigt à ressort d'origine névropathique, par MARINI. (*Sperimentale*, février.) — Du panaris infectieux, par DUBRUEIL. (*Gaz. méd. Paris*, 22 mars.) — Hygroma de la face dorsale du pouce, par LABOUGLE et SABRAZÈS. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 19 janvier.) — Deux cas de fibrosarcome à cellules géantes des doigts, par CASSAET et LABOUGLE. (*Ibid.*, 26 janvier.) — Un cas de malformations congénitales des mains. Main gauche en patte d'écrevisse, main droite rameuse. Ectrodactylie. Brachydactylie. Syndactylie. Clinodactylie, par CHALEIX.

(*Ibid.*, 9 février.) — Malformation héréditaire des doigts, par WILKIE. (*Journ. of anat.*, janvier.)

Maladie. — Les maladies épidémiques dans le Midi, traitement préventif d'après les travaux les plus récents, par VIVANT. (In-8°, *Paris.*) — Les origines des maladies qu'on peut éviter, par SIMPSON. (*Glasgow med. journ.*, p. 269, octobre 1889.)

Maladies profess. — Des stigmates chez les ouvriers veloutiers, par MICHEL. (*Province méd.*, 8 mars.) — Sur quelques manifestations morbides observées chez les tailleurs de meules des environs de Chatelaillon, par OLL (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Note sur une affection professionnelle chez une sage-femme, par FÉRÉ. (*Rev. de chir.*, février.)

Malformation. — Un cas rare de difformités congénitales chez une petite fille, par LINDEN. (*Finska lakar. handlingar*, XXXI, n° 11.) — Fœtus hydrocéphale avec malformations des membres inférieurs, par MAYGRIER. (*Soc. obst. et gyn.*, *Paris*, 13 février.)

Mamelle. — Recherches expérimentales et histologiques sur la régénération de la mamelle, par STUCKMANN. (*Inaug. Diss. Bonn*, 1889.) — Maladie du mamelon, dite de Paget, par WICKHAM. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 1, janvier.) — La maladie de Paget, par BARDUZZI. (*Giorn. mal. vener.*, XXV, 1.) — Maladie de Paget du mamelon avec psorospermies, par HUTCHINSON. (*London path. Soc.*, 18 mars.) — Hypertrophie de la mamelle chez un enfant, par BELCHER. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 22 janvier.) — Deux cas de tumeur rare de la mamelle : 1° dégénérescence kystique totale ; 2° nævus, par SNOW. (*Lancet*, 1er février.) — Tumeur du sein, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 6 mars.) — Adénofibrome de la mamelle avec kyste, ablation totale du sein, début d'évolution carcinomateuse, preuve de la transformation possible de certaines tumeurs réputées bénignes en tumeurs de mauvaise nature, par TRÉLAT. (*Ibid.*, 25 mars.) — Récidives et généralisations du cancer du sein chez la femme, par RIEFFEL. (*Thèse de Paris*, 27 février.) — Histologie d'un cas de cancer canaliculaire, par BARKER. (*Brit. med. journ.*, 15 mars.) — Du carcinome épithélial de la mamelle et de la maladie de Paget, par HANSER. (*Inaug. Diss. Heidelberg*, 1889.) — Sur un cas de cancer du sein, par FORGUE. (*Bull. soc. de chirurg.*, XV, p. 528.)

Massage. — Effets physiologiques et thérapeutiques du massage, par MERVI. (*Gaz. des hôp.*, 4 mars.) — Etude sur l'action du massage, par KAPPELER. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, n° 7.) — Les frictions cutanées, au double point de vue hygiénique et thérapeutique, par DESCOURTIS. (*Rev. d'hyg. thérap.*, mars.) — Utilité du massage dans le traitement des maladies des organes abdominaux, par THOMAS. (*Lancet*, 22 février.) — Du massage dans les affections utérines, par LEBLOND. (*L'Actualité méd.*, 15 février.)

Maxillaire. — Diagnostic et traitement des abcès du sinus maxillaire, par J. BRYANT. (*Journ. of. Americ. med. Assoc.*, p. 478 ; 1889.) — L'éclairage électrique de l'antre d'Highmore dans le cas d'empyème, par HERYNG. (*Ann. mal. de l'or.*, janvier.) — Tumeur kystique du maxillaire inférieur, par BONNAUD. (*Lyon méd.*, 19 janvier.) — Kyste dermoïde dentifère du maxillaire inférieur. Pathogénie, par TAPIE. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er février.) Hypérostose diffuse des maxillaires supérieurs, par POISSON. (*Semaine méd.*, 1er janvier.) — Ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, résection du col et du condyle, par ALLINGHAM. (*Brit. med. journ.*, 18 janvier.)

Médecine (Hist.). — La médecine au Japon, par MEYNERS D'ESTREY. (*Rev. scientif.*, 4 janvier et suiv.) — Souvenirs médicaux d'un voyage en Egypte à la presqu'île de Sinaï, par L. RUTIMEYER. (*Corresp. Blatt. f. schweizer*

Aerzte, n° 2.) — Méthode dans les sciences médicales, analyse et synthèse, essai d'une étude historico-philosophique, par LOWENTHAL. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — L'étude de la pathologie, par LINDSAY STEVEN. (*Glasgow med. journ.*, p. 346, novembre 1889.) — Les sciences médicales en 1889. Rapports publiés par la Société de médecine pratique à l'occasion de l'Exposition universelle. (In-8°, 315 p., *Paris*.) — L'histoire de la chirurgie depuis la fin du moyen âge, par ANDERSON. (*St Thomas' s hosp. Rep.*, XVIII.)

Médecine légale. — Compendium de médecine légale, par MADIA. (255 p., *Naples*.) — Droit médical ou code des médecins, par LECHOPIÉ et FLOQUET. (In-8°, *Paris*.) — Manuel pratique de jurisprudence médicale, ouvrage résumant la jurisprudence professionnelle, les textes de lois et les règlements utiles à tous ceux qui pratiquent l'art de guérir, par L. GUERRIER et L. ROTUREAU. (In-8°, *Paris*.) — Du témoignage du médecin expert, par SPENCER MILLER. (*Med. News*, 29 mars.) — Des réformes les plus urgentes des honoraires médico-légaux, par H. COUTAGNE. (*Lyon méd.*, 9 mars.) — Les conditions légales de la vivisection, par BECK. (*Med. News*, 15 mars.) Les régicides dans l'histoire et dans le présent, étude médico-psychologique, par RÉGIS. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, janvier.) — Suicide avec ouverture des veines du pli du coude, par BROUARDEL. (*Bull. méd.*, 2 avril.) — Du duel au point de vue médico-légal, et particulièrement dans l'armée, par TEISSIER. (*Thèse de Lyon*, n° 510.) — Note sur l'homicide par flagellation, par BARRET. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, janvier.) — Des ruptures de la matrice consécutive à des manœuvres abortives, par LACASSAGNE. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, IV, n° 24.) — Eclaircissements sur quelques points douteux d'un travail sur l'immersion des nouveau-nés dans les liquides bouillants, par MONTALTI. (*Sperimentale*, mars.) — La résurrection des noyés, par BOWLES. (*Med. chir. trans.*, LXXII, p. 407.) — Considérations médico-légales sur le somnambulisme artificiel à propos du procès criminel d'un hystérique hypnotisable, par GARNIER. (*Ann. méd. psych.*, janvier.) — L'imbibition des poisons post mortem, au point de vue médico-légal, par REESE. (*Med. News*, 11 janvier.) — La reconnaissance médico-légale du sang humain, par COPEMAN. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — Sur les propriétés de cristallisation et spectroscopiques des macules de sang desséchées sur le papier, par A. RUSSO-GILIBERTI. (*Sicilia medica*, n°s 11 et 12, p. 854 ; 1889.)

Médecine milit. — Manuel de chirurgie de guerre, par J. SEGRE. (*Naples*, 1888, 576 p.) — Histoire de la médecine militaire espagnole contemporaine, par POBLACION Y FERNANDEZ. (In-8°, *Madrid*.) — Infirmerie-ambulance de Chiem-hoa, haut Tonkin, par CLAVEL. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Notes sur la pathologie de l'Annam et du Tonkin, poste de Vung-Lam, par LABIT. (*Arch. de méd. mil.*, février.) — Chemins de fer et évacuation, par DU CAZAL. (*Ibid.*, mars.) — La mortalité et la fièvre typhoïde dans l'armée, en 1887, par NOEL. (*Bulletin méd.*, 23 février.) — Le cœur forcé dans l'infanterie de marine, par BOYER. (*Thèse de Paris*, 13 février.) — Note sur la fièvre de Massouah, par PASQUALE. (*Giorn. med. d. esercit.*, *Rome*, n° 37 ; 1889.) — Des affections vénériennes dans les armées, par TÖPLY. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 1 et 2.) — Blessures par armes à feu, par BONNAFONT. (*Gaz. des hôp.*, 9 janvier.) — Des lésions produites par les balles de petit calibre à enveloppe résistante, et en particulier par le projectile de guerre de 8 millimètres adopté en Autriche, par NIMIER. (*Arch. de méd. mil.*, avril.) — Notice sur un nouvel appareil de premier pansement pour les blessés de guerre, par PATIN ; rapport par CHAUVEL. (*Bull. soc. de chirurgie*, XV, p. 673.)

Mélanose. — Epithélioma mélanique, par Bowlby. (*London pathol. Soc.*, 15 avril.)

Méninge. — Des méningites microbiennes, par Chéron. (*Union médicale*, 23 janv.) — Cinq cas de cataracte après la méningite chez de jeunes sujets, par Bock. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 48; 1889.) — Cas de méningite chronique, par Praxton. (*Journ. of. med. sc.*, janvier.) — Méningite cérébro-spinale, par Musmeci. (*Rivista clinica e terap.*, n° 11, p. 580; 1889.) — Sur l'étiologie de la méningite cérébro-spinale épidémique, par Bonome. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 4.) — Méningite cérébro-spinale compliquant une grossesse, par Henderson. (*Journ. of. Americ. Assoc.*, 21 décembre 1889, p. 896.) — Hydroméningocèle volumineuse de la région occipitale chez un nouveau-né, par Guéniot. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XV, p. 625.) — Sarcome de la dure-mère. Ligature du sinus longitudinal, par Kammerer. (*New York med. record.*, p. 569, 26 novembre 1889.)

Menstruation. — La femme pendant la période menstruelle, étude de psychologie moderne et de médecine légale, par Icard. (In-8°, *Paris.*) — Influence des opiacés sur la menstruation, par Roller. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 48; 1888.) — Antipyrine dans la dysménorrhée, par Waugh. (*Lancet*, 11 janvier.) — Du salicylate de soude dans la dysménorrhée (13 cas), par E. Reynolds. (*Boston med. journ.*, 19 décembre 1889, p. 605.)

Moelle. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la moelle épinière, par Francotte. (*Arch. de neurol.*, n° 56.) — Concrétion dans la substance noire de Semmering (à droite) avec dégénérescence ascendante et descendante, par Werdnig. (*Med. Jahrb.*, LXXXIV, p. 447.) — De la syringomyélie, par Bruhl. (*Thèse de Paris*, 13 février.) — Syringomyélie, par Berkley. (*Brain*, n° 48.) — 1° Panaris analgésique avec fracture spontanée, 2° Syringomyélie, maux perforants multiples, par Chipault. (*Bull. Soc. anat.*, 17 janvier, p. 32.) — Un cas d'abasie-astasie, sous forme d'attaque, par Ladame. (*Arch. de neurol.*, janvier.) — Localisation d'une lésion limitée de la moelle, par Macewen. (*Brit. med. journ.*, 5 avril.) — Deux cas de maladie névropathique ou hystérique, par Savill. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — De la symptomatologie des lésions transverses totales de la moelle, de la condition des divers réflexes, par Bastian. (*Royal medical and chir. Society*, 25 février.) — Myélite aiguë, ascendante, centrale et diffuse, et tuberculose atypique, par Leroy. (*Tribune méd.*, 23 janvier.) — Sur la nature de la sclérose des cordons postérieurs dans la maladie de Friedreich (sclérose névroglique pure), par Dejenne et Letulle. (*Semaine méd.*, 12 mars.) — Trois cas de sclérose en plaques sans nystagmus, dont l'un chez une femme qui transmit la maladie à son enfant, et l'autre chez une femme dont deux frères sont atteints d'une paralysie pseudo-hypertrophique, par Leuch. (*Corresp.-Blatt. schw. Aerzte*, n° 2, p. 43, 15 janvier.) — Anatomie pathologique d'un cas de tabes avec paralysie générale, par Bullen. (*Brain*, n° 48.) — Des symptômes initiaux du tabes, par Kahler. (*Wiener med. Woch.*, n° 5.) — Nerfs spermatiques et testicules d'ataxique, par Bitot et Sabrazès. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 2 février.) — Affection syphilitique de la protubérance avec symptômes d'ataxie locomotrice, par Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 41, 13 janvier.) — Les troubles oculaires dans le tabes dorsal et la théorie du tabes, par Berger. (*Rev. de méd.*, mars.) — Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice, par Rouffinet. (*Gaz. des hôp.*, 12 avril.) — Tabes dorsal. Fracture bi-malléolaire gauche. Guérison avec cal hypertrophique, par Roussel. (*Loire médic.*, 15 février.) — Mécanisme de la suspension dans l'ataxie, par Cagney. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 28 janvier.) — Un danger

dans le traitement par la suspension, par SKINNER. (*N. York med. journ.*, 29 juin 1889.) — De la traction cervicale graduée, substituée à la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice, par DUPUY-FROMY. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Deuxième série de cas traités par la suspension, par RUSSELL et TAYLOR. (*Lancet*, 1er février.) — Du traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension, par A. SHAW. (*Journ. of Americ. Assoc.*, 1er février, p. 149.) — Trois cas de tabes dorsal traités par la suspension, un suivi de fièvre, par HALE WHITE. (*Lancet*, 4 janvier.) — Lésions de la queue de cheval, par MILLS. (*Med. News*, 1er mars.) — Des conséquences tardives des lésions traumatiques de la moelle épinière, par HEURTEAU. (*Thèse de Paris*, 23 janvier.)

Molluscum. — Fibrome molluscum, par HASHIMOTO. (*Zeil. f. klin. Med.*, XVII, 3 et 4.)

Monstre. — A propos d'un cas tératologique, modifications à faire à la classification de G. Saint-Hilaire, par RAYMONDAUD. (*Journ. soc. méd. Haute-Vienne*, mars.) — Dystocie rare par monstre double autosite, monomphale du genre xypophage, par TRUZZI. (*Ann. di Ostetric.*, mars-avril.) — Monstre acéphale acardiaque, par SLYMAN. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 258.) — Sur deux cas de tératologie, par BOGDON. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, III, n° 3.)

Mortalité. De la mortalité à Paris pendant le mois de décembre 1889, par BERTILLON. (*Bull. méd.*, 8 janvier.)

Morve. — Le diagnostic de la morve par l'ensemencement du bacillus mallei sur la pomme de terre cuite, par REMY. (*Ann. soc. de méd. Gand*, n° 68, 1889.) — Mesures prophylactiques contre la transmission de la morve des animaux à l'homme, par A. CHAUVEAU. (*Annales d'hyg. publ.*, XXXII, 44, janvier.)

Muguet. — Sur la nutrition du champignon du muguet, par LINOSSIER et ROUX. (*Acad. des sc.*, 17 février.) — Observation sur le champignon du muguet, par LAURENT. (*Bull. Soc. belge de microsc.*, XVI, p. 14.)

Muscle. — Anomalie du diaphragme, par GUINARD. (*Lyon méd.*, 30 mars.) — Expériences sur l'électrolyse des muscles, par WEISS. (*Rev. gén. des sc. pures*, 15 février.) — Les sensations musculaires, par BLOCH. (*Rev. scientif.*, 8 mars.) — Recherches sur le sens musculaire, par ALFRED GOLDSCHEIDER. (*Archiv für Physiologie*, 1889, p. 369 et 540, et suppl., p. 141.) — Courte remarque sur les recherches d'ALFRED GOLDSCHEIDER sur le sens musculaire. (*Ibid.*, 1889, p. 502.) — Sur la période latente du muscle en totalité, par COWL. (*Ibid.*, 1889, p. 563.) — Influence de la marche des divers mouvements musculaires sur les échanges organiques, par ZUNTZ. (*Deut. med. Zeit.*, 27 mars.) — Action des excitants variés sur le muscle lisse, par COOKE. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Un cas de maladie de Thomsen, par COOK et SWEESEN. (*Brit. med. journ.*, 11 janvier.) — Observation microscopique de la contraction des fibres musculaires vivantes, lisses et striées, par RANVIER. (*Acad. des sc.*, 24 mars.) — Sur la présence de fibres primitives hypertrophiées dans des fragments de muscles enlevés sur l'homme vivant, par OPPENHEIM et SIEMERLING. (*Centralbl. f. med. Wiss.*, 1889, p. 705 et 737.) — La question des hypertrophies musculaires réelles et apparentes, par AUERBACH. (*Ibid.*, 1889, p. 801.) — Observation de myopathie progressive primitive; type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Déjerine, par LE NOIR et BEZANCON. (*Rev. de méd.*, avril.) — Sur les amyotrophies réflexes d'origine articulaire, par DEROCHE. (*Thèse de Paris*,

9 janvier.) — De l'atrophie du muscle rhomboïde, indépendante de toute autre lésion musculaire de l'épaule, par ANNEQUIN. (*Arch. de méd. mil.*, avril.) — Forme péronière du type de la jambe de l'atrophie musculaire progressive, par SACHS. (*Brain*, n° 48.) — Maladie de Thomsen, par DRESCHFELD. (*Manchester med. Soc.*, 5 février.) — Etude sur la maladie de Thomsen, par GRENIER. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.) — Hémiparamyoclonus réflexe d'origine arthropathique, par CHAUFFARD. (*Semaine méd.*, 19 mars.) — Tumeur congénitale du sterno-mastoïdien ou induration, par CLUTTON. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.)

Myxœdème. — Sur les moyens d'arrêter les progrès du myxœdème, de la cachexie strumiprive, par HORSLEY. (*Brit. med. journ.*, 8 février.) — Du myxœdème, par KRAEPELIN. (*Neurol. Centralb.*, 1er février.) — Du myxœdème, par JUERGENS. (*St Petersb. med. Woch.*, 4 janvier.) — Du myxœdème et de la dégénérescence crétinoïde, par BIRCHER. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 357.)

Myxome. — Tumeur myxomateuse prise pour une méningocèle congénitale, par EHRHARDT. (*Bull. Soc. anat.*, 17 janvier, p. 26.)

N

Nerf. — Nerfs sensitifs et moteurs, et leur réaction chimique, par BALDUINO BOCCI. (*Untersuchungen zur Naturlehre von Jac. Moleschott.*, XIV, p. 1.) — Le chlorure de sodium et la secousse secondaire, par BALDUINO BOCCI. (*Ibid.*, Bd XIV, p. 12.) — Les cellules nerveuses comme centre d'énergie, par BALDUINO BOCCI. (*Ibid.*, Bd XIV, p. 16.) — Localisation de la sensibilité cutanée dans ses rapports avec les racines sensitives de la moelle épinière, par BALDUINO BOCCI. (*Ibid.*, Bd XIV, p. 19.) — Quelques anomalies nerveuses du membre supérieur, par A. BERTAUX. (*Bull. méd. du Nord*, n° 15, p. 488; 1889.) — Les effets de la section des nerfs phréniques, par HARE et MARTIN. (*Lancet*, 18 janvier.) — Observations faites sur des glandes vivantes avec ou sans excitation des nerfs sécrétoires, par O. DRASCH. (*Arch. für Physiologie*, 1889, p. 96.) — Influence du sympathique sur la parure céphalique des oiseaux, par JEGOROW. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 785; 1889.) — Sur les troubles psychiques de la névrite périphérique, par ROSS. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — Névrite périphérique alcoolique, par Mc DOWALL et FENWICK. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — Trophopathie dans les dégénérescences graisseuses et fibroïdes, par EPHRAIM CUTTER et ASHBURTON CUTTER. (*Lancet*, 8 mars.) — Un cas de causalgie, par WATSON. (*Lancet*, 22 mars.) — — Des scolioses dans les névralgies malignes, par BRISSAUD. (*Arch. de neur.*, janvier.) — De la médecine thermale et de la chirurgie dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes graves, par DE RANSE. (*Broch. Paris.*) — Ulcère spontané du métacarpien de l'index consécutif à une plaie du nerf médian, par KRŒNLEIN. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 11, 1er janvier.) — Amputation du pied par ulcération grave deux ans après la dénudation traumatique du nerf sciatique, par KRŒNLEIN. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 11, 1er janvier.) — Excision de la 2e branche du trijumeau pour un tic douloureux chez un homme de 70 ans, par JAMES ISRAEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 61, 20 janvier.) — Blessures et maladies des nerfs, par BOWLBY. (In-8°, *Londres*, 1889.) — De la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin

dans la fente ptérigo-maxillaire par la voie temporale, par SEGOND. (*Rev. de chir.*, mars.) — Luxation du nerf cubital, par ANNEQUIN. (*Lyon méd.*, 2 mars, p. 312.) — Etude clinique sur la suture des nerfs, par ETZOLD. (*Dorpat*, 1889.) — Sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithélioma pavimenteux lobulé, par OIRY. (*Thèse de Paris*, 20 février.)

Nerveux (Système). — Cellule nerveuse; études d'histologie zoologique sur la forme dite myélocite, par CHATIN. (In-8°, *Paris.*) — Anatomie des centres nerveux, par EDINGER, trad. de SIRAUD. (In-8°, 235 p., *Paris.*) — Les voies de renforcement moteur et sensitif, par WEIR MITCHELL. (*Med. News*, 22 mars.) — Sur le mode d'activité de la volonté, par ORSCHANSKY. (*Arch. f. Physiol.*, p. 173, 1889.) — Leçons sur les attaques convulsives, par HUGHLINGS JACKSON. (*Brit. med. journ.*, 29 mars.) — Attaques nerveuses, par LONG FOX. (*Lancet*, 15 février.) — Sur la pathogénie des troubles nerveux d'origine gastrique en général et en particulier sur la paralysie bulbaire consécutive à la névrite ascendante du pneumogastrique, par CUFFER. (*Rev. de méd.*, avril.) — Un cas de trophonévrose faciale, par EPHRAIM. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 septembre 1889.) — Les variations physiologiques du choc du genou (phénomène du genou) et leur relation avec l'activité du système nerveux central, par WARREN PLIMPTON LOMBARD. (*Archiv für Physiologie*, 1889, *Suppl.*, p. 292.) — Diagnostic des affections qui ont été rapprochées cliniquement du tabes, pseudo-tabes, neuro-tabes, par BLOCQ. (*Gaz. des hôp.*, 22 mars.) — Recherches névropathologiques, par BERNHARDT. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*)

Névrose. — Névroses réflexes, par ALLEN STARR. (*Med. News*, 22 mars.) — Neurasthénie ou épuisement nerveux, par LLOYD CREGO. (*Buffalo med. and surg. journal*, janvier, p. 295.) — L'insomnie neurasthénique influencée par le séjour au bord de la mer, son traitement, sa guérison, par DALY. (*Med. News*, 5 avril.) — Un cas de névrose tremblante, par LEUCH. (*Corr. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 2, p. 43, 15 janvier.) — Un cas de spasme tonique douloureux des doigts dans les mouvements volontaires, par EICHHORST. (*Ibid.*, 15 janvier.) — Névrose simulant la sclérose en plaques (convulsions toniques) par EICHHORST. (*Ibid.*, 15 janvier.) — Des sensations sexuelles contraires congénitales, par RABOW. (*Zeit f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — Sur la maladie des tics convulsifs, par CATRON. (*Thèse de Paris*, 6 mars.) — Des palpitations nerveuses en dehors des névroses, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Rev. gén. de clinique*, n° 46, p. 735, 1889.) — Observations cliniques des névroses s'accompagnant de réflexes oculaires, par GEORGES GOULD. (*Amer. J. of the med. sc.*, janvier, p. 48.) — Katatonie, par MICKLE. (*Brain*, n° 48.) — Le vertige d'origine bulbaire, par BUZZARD. (*Province méd.*, 8 février.) — Des névroses traumatiques, réflexions médico-légales et observations cliniques d'un cas, par BUISSERET. (*Presse méd. belge*, n° 11.) — Des affections nerveuses consécutives aux traumatismes de chemin de fer, par COOMBS KNAPP. (*Ann. d'hyg.*, *publ.*, XXXII, 77, janvier.)

Nez. — Le nez, ses malformations; le catarrhe nasal, par BLUBAUGH. (*Times and register*, 1er février.) — De l'importance de la respiration nasale défectueuse chez les écoliers, par BRESGEN. (*Zeit. f. Gesundh.*, II, n° 10.) — La toux, dans ses rapports avec les états pathologiques du nez, par SCHADLE. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 1er mars 1890.) — 4 cas d'hyperesthésie nasale, par RAUGÉ. (*Lyon méd.*, 16 mars.) — Le nez et l'asthme. (*Journ. of laryng.*, mars.) — Des céphalalgies, névralgies et migraines d'origine nasale, par COUPARD et SAINT-HILAIRE. (*Tribune méd.*, 20 février.) — Coryza spasmodique, par FENYKOVY. (*Inter. klin. Rundschau*, n° 47,

1889.) — Le menthol dans l'influenza, le coryza et les autres affections du nez et de la gorge, par LENNOX BROWNE. (*Med. Presse*, 9 janvier.) — Sur le traitement des affections du nez et de la gorge, par CLEVELAND. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, janvier.) — Le traitement abortif du catarrhe aigu du nez et de la gorge, par BISHOP. (*Weekly med. Rev.*, 12 octobre 1889.) — De l'épistaxis, par BABER. (*Brighton and Sussex med. chir. Soc.*, 3 avril.) — Sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition, par RUAULT. (*Arch. de lar.*, décembre 1889.) — Catarrhe chronique nasal et pharyngé par l'usage de pinceau contenant de l'arsenic, par HOOD. (*Lancet*, 15 mars.) — Pathogénie de l'ozène atrophique, par RAUGÉ. (*Bull. méd.*, 1er janvier.) — De la tuberculose du nez et du pharynx, par MICHELSON. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — L'aristol dans le traitement de la syphilose naso-pharyngée, par SCHUSTER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 6.) — Des cellules colloïdes dans les tissus du rhinosclérome, par FINCH NOYES. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 8.) — De l'obstruction nasale principalement par les tumeurs adénoïdes dans leurs rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques, par REDARD. (*Gaz. méd., Paris*, 22 mars.) — Kyste de l'extrémité postérieure du cornet inférieur, par REGINALD HORSLEY. (*Edinburg med. Journ.*, janvier, p. 631.) — Cas curieux d'occlusion des choanes, par ROBERTSON. (*Brit. med. journ.*, 25 janvier.) — Atrophie, hypertrophie et déviation de la cloison nasale, par KLEIN. (*Times and Register*, 23 novembre 1889.) — Perforations pathologiques de la cloison, par THRASHER. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 22 mars.) — Perforation de la cloison, par S. MITCHELL. (*New York med. Record.*, 11 janvier.) — Hématome de la cloison nasale, par BALL. (*Brit. med. journ.*, 25 janvier.) — Faiblesse mentale résultant de la présence d'un enchondrome de la cloison, par PEYRE PORCHER. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 19 avril.) — Deux cas de rhinolithiase avec remarques sur l'étiologie, par CHIARI. (*Ann. mal. de l'or.*, janvier.) — Polype naso-pharyngien à prolongements multiples. Opération, mort, par BOUSQUET. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 617.) — D'une forme typique de tumeur de la muqueuse de la paroi externe du nez, par KAUFMANN. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 1.) — Etude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales, par PLICQUE. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Tumeur nasale, myxo-sarcome de la surface externe, par TOWNSEND. (*Cork med. and surg. Soc.*, 22 janvier.) — Cancer naso-pharyngé, du traitement de cette affection, par SIDNEY ALLAN. (*New York med. journ.*, 8 mars.) — La chirurgie du sinus sphénoïdal, par BERGER. (*Thèse de Paris*, 13 février.) — Du cathétérisme des cavités accessoires du nez, par HANSBERG. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 1.) — Rhinoplastie pour une destruction syphilitique du nez, par RICKETTS. (*Cincinnati Lancet clinic*, 11 janvier.) — Serre-nœud nasal et écraseur combinés, par HOOPER. (*Ann. mal. de l'or.*, janvier.)

Nutrition. — Recherches sur les échanges nutritifs chez les malades, par KLEMPERER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 5 et 6.) — Contribution à l'étude de la nutrition dans l'état normal et dans la fièvre du goitre exophtalmique, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU. (*Soc. biologie*, 30 novembre 1889.)

O

Obésité. — Des cures destinées à combattre l'obésité dans les maladies articulaires, par R. VOLKMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, p. 494, 1889.)

Occlusion intestinale. — Sur le diagnostic du siège de l'obstruction intestinale, par BOUVERET. (*Bull. méd.*, 12 mars.) — Occlusion aiguë intestinale due à l'embolie de branches terminales de l'artère mésentérique supérieure, par MC CARTHY. (*Lancet*, 22 mars.) — Invagination aiguë du colon, par MC MUNN. (*Lancet*, 22 mars.) — De l'occlusion intestinale et de son traitement, par MATURIÉ. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — Occlusion intestinale, guérison sans opération, par HUMPHRY. (*Lancet*, 8 février.) — Intussusception du jéjunum due à un polype, par HALE WHITE. (*Pathol. Soc. of London*, 7 janvier.) — Récidives d'occlusion intestinale, réduction par la méthode hydrostatique, par HUMPHREYS. (*Lancet*, 11 janvier.) — Etranglement intestinal à travers un orifice du mésentère, par ARBUTHNOT LANE. (*Brit. med. journ.*, 19 avril.) — Traitement de l'occlusion intestinale de l'électricité, par VOIZOT. (*Thèse de Paris*, 24 avril.) — Occlusion aiguë intestinale et péritonite, cas heureux de laparotomie, par WHERRY. (*Lancet*, 4 janvier.) — Occlusion intestinale aiguë par une bride dans une péritonite tuberculeuse, laparotomie, guérison, par BARKER. (*Brit. med. journ.*, 18 janvier.) — Deux cas d'obstruction aiguë intestinale, énorme épanchement séreux péritonéal, laparotomie, guérison, par GREIG SMITH. (*Ibid.*, 19 avril.) — Laparotomie contre l'obstruction intestinale, par LYDDON. (*Ibid.*, 19 avril.) — Cas obscur d'obstruction intestinale aiguë chez un enfant de 10 ans, laparotomie, ablation de l'appendice vermiculaire suppuré, guérison, par ALLINGHAM. (*London clin. Soc.*, 28 mars.) Laparotomie exploratrice pour obstruction intestinale, par BERTHET. (*Lyon méd.*, 30 mars.) — De l'obstruction intestinale aiguë, son traitement par la laparotomie, par LLOYD. (*Lancet*, 12 avril.) — De l'entérostomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans les laparotomies pratiquées pour occlusion intestinale, par J. BŒCKEL. (*Acad. de méd.*, 29 avril, et *Bull. méd.*, 30 avril.)

Œdème. — Etude de l'hydropisie anasarque essentielle, par GALVAGNI et MAZZOTTI. (*Giorn. int. d. sc. med.*, XI.)

Œil. — Histoire de l'ophtalmologie, par LANDOLT. (*Progrès médical*, 1er février.) — Bulletin de la clinique ophtalmologique de Montpellier, juillet 1888-1889, par TRUC et PAUSIER. (*Montpellier méd.*, n° 1.) — De la structure de l'œil des poissons cartilagineux, par DENISSENKO. (*Klin. Monatsbl. Augenheilk.*, juillet 1889.) — Sur l'ophtalmoscope électrique, par SCHWEIGGER. (*Archiv für Physiol.*, 1889, p. 365) — Physiologie et pathologie de la glande des procès ciliaires, par NICATI. (*Soc. biologie*, 14 décembre 1889.) — Application à la pratique médicale des lois de la réflexion de la lumière, par IMBERT. (*Semaine méd.*, 8 janvier.) — Application de la loupe cornéenne de Westien et Zehender, par SCHMIDT-RIMPLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 66, 20 janvier.) — Description d'un cyclope atypique, par BOCK. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, décembre 1889.) — Sur la vision nulle dans l'hémiopie, par DUFOUR. (*Rev. méd. Suisse romande*, IX, p. 445.) — Du synchisis étincelant, par GALLEMAERTS. (*Thèse d'agrég., Bruxelles.*) —

Guérison d'un commencement de suppuration de l'œil consécutive à une cicatrice cystoïde, par HIRSCHBERG. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, septembre 1889.) — Ophtalmie phlycténulaire, par VALUDE. (*Union méd.*, 21 janvier.) — De l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par RÉAL. (*L'Actualité méd.*, 15 février.) — Traitement préventif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par PUECH. (*Arch. de tocol.*, février.) — Note sur un cas de synophtalmie, par LAURENT. (*Bull. Soc. de méd., La Rochelle*, p. 125, 1887.) — Pathogénie et nouveau traitement de l'ophtalmie sympathique, par ABADIE. (*Soc. d'ophtalm.*, avril.) — Malade atteinte d'exophtalmie, par MONOD. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 585, *ibid.* p. 593.) — De l'hémorragie dans la macula, par CHAILLOUS. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — L'atrophie gris-bleuâtre autour de la fovea centrale, par HIRSCHBERG. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, juillet 1889.) — Neuf cas d'inflammation et atrophie du nerf optique, par J. THOMPSON. (*Journal of Amer. Assoc.*, 28 décembre 1889, p. 972.) — Névrite optique à frigore, par LÈQUES. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Observations de rigidité réflexe de la pupille et du muscle accommodateur, par DOR. (*Lyon méd.*, 13 avril.) — De l'ophtalmoplégie externe, par MOREL. (*Thèse de Paris*, 1er mai.) — Paralysie rhumatismale des abducteurs, guérison, par FISCHER. (*Wiener klin. Woch.*, n° 45.) — Sur l'insuffisance et la paralysie essentielle de la convergence, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 30 mars.) — Résection des tendons pour raccourcir les muscles droits, par G. T. STEVENS. (*N. York med. Journ.*, p. 345, 30 mars 1889.) — Cécité subite consécutive à un traumatisme de la région occipitale, par DOMMARTIN. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Un cas de blessure de l'œil, par HIRSCHBERG. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, janvier.) — Traumatisme de l'œil, par PANAS. (*Tribune méd.*, 13 mars.) — Etude des néoplasmes de l'œil, par BOCK. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, janvier.) — Des tumeurs malignes de l'angle interne de l'œil et de leur propagation dans les tissus et les cavités de la face, par FAUSSILLON. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Des pierres oculistiques, par AUZILHON. (*Montpellier méd.*, 16 février.) — Importance de l'occlusion des paupières dans certaines affections des yeux, par BELL TAYLOR. (*Lancet*, 8 février.) — Sur le traitement médico-chirurgical de quelques affections oculaires, par CHRISTOVITCH. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 janvier.)

Œsophage. — Rétrécissement de l'œsophage, gastrostomie, par CUMMINS. (*Cork med. and surg. Soc.*, 8 janvier.) — Des indications thérapeutiques dans les rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'œsophage, par LE FORT. (*Bull. gén. de thér.*, 15 janvier.) — De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par POUY. (*Thèse de Lyon*, n° 517.) — Cancer de l'œsophage, ulcération de la trachée, par COLLINS. (*London pathol. Soc.*, 1er avril.)

Olfaction. — De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par TROLARD. (*Soc. biologie*, 23 novembre 1889.)

Ongle. — Sur les sillons en croix des ongles, par WAGSTAFFE. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.)

Orbite. — De l'anatomie de l'orbite, par L. WEISS. (9e *Cong. d'opht. Heidelberg.*, septembre 1889.) — Phlegmon de l'orbite, par SOCOR. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, III, n° 3.) — De l'hydarthrose orbito-oculaire ou ténonite séreuse, troubles visuels et amaurose consécutifs, par DRANSART. (In-8°, 49 p., *Douai.*) — Mélanosarcome de l'orbite à marche lente, par DE LAPERSONNE. (*Bull. méd. du Nord*, n° 2, p. 45.) — De la tumeur orbitaire par distension mucoïde du sinus frontal, par WILLIAMS. (*Lancet*, 1er mars.)

— Un nouveau cas de tumeur caverneuse de l'orbite, par Abreus. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, novembre 1889.)

Oreille. — L'importance de l'étude de l'otologie; les conditions actuelles de l'otologie en Italie et à l'étranger, par Gradenigo. (*L'Osservatore et broch., Turin.*) — Les maladies de l'oreille et leur traitement, par Hartmann, trad. de Potiquet. (In-8°, 292 p., *Paris.*) — Méthode de préparation du labyrinthe membraneux, par Barth. (*Archiv für Physiologie*, 1889, p. 345.) — Photographies de préparations microscopiques de l'oreille et du nez, par Albarracin. (*Prager med. Woch.*, 19 février.) — Sur un cas d'apophyse paramastoïde observée chez l'homme, par Testut. (*Province méd.*, 8 février.) — Forme d'oreille comme signe de développement imparfait, par Warner. (*Lancet*, 15 février.) — De la surdité chez l'enfant et l'adulte au point de vue médical, pédagogique, légal, tutélaire, par Couetoux, Thomas et Goguillot. (In-8°, *Paris.*) — L'oreille et le bruit; des accidents de l'organe de l'ouïe dans les professions bruyantes, par Ferrand. (*Lyon méd.*, 23 mars.) — Recherches acoustiques sur les voyelles nasales, par Lœwenberg. (*La Voix*, avril.) — L'audition chez les fébricitants et la constatation de la surdité unilatérale, par Valentin. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 septembre 1889.) — L'oreille des criminels, par Havelock Ellis. (*Lancet*, 25 janvier.) — Complications auriculaires dans les fièvres spécifiques aiguës, par Hill. (*Harveian Soc. of London*, 2 janvier.) — Pathologie de la caisse du tympan, par Kirchner. (*Verhandl. d. phys. med. Ges. Wurzburg*, p. 7, 1889.) — L'occlusion mécanique de la trompe dans le traitement caustique de l'otite moyenne purulente chronique, par Ferreri. (*Sperimentale*, février.) — Massage de la membrane du tympan dans le catarrhe de l'oreille moyenne, par Bronner. (*Leeds and West Riding med. Soc.*, 7 février.) — Modification de la membrane et de la caisse du tympan dans les affections mortelles de l'oreille moyenne, par Kirchner. (*Vehrand. der physik-medicin. Gesellsch. zü Würzburg*, 1889, p. 42.) — De la carie de l'enclume et de son extraction, contribution à l'étiologie et au traitement des otites moyennes suppurées chroniques, par Ludewig. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 4.) — Cinq cas d'otite moyenne avec suppuration du voisinage, par Arbuthnot Lane. (*Brit. med. journ.*, p. 997, mai 1889.) — Otite moyenne compliquée d'accidents intra-craniens, par Styx. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 3.) — Thrombose des sinus cérébraux, suite d'otorrhée, par Tirard. (*Lancet*, 18 janvier.) — Etude histologique et bactériologique sur les affections de l'oreille moyenne dans certaines formes de la diphtérie, par Moos. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 3 et 4.) — Sur quelques cas d'affection de l'apophyse mastoïde, par Ferrer. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 3 et 4.) — Sclérose des cellules mastoïdiennes, trépanation, par J. Lippincott. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 11 janvier, p. 50.) — Diagnostic et traitement des complications pyémiques des maladies de l'oreille, par Hawkins. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — Opérations pour la thrombose septique du sinus latéral à la suite d'affections de l'oreille, par Ballance. (*London med. Soc.*, 31 mars.) — Un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche, suite d'otite moyenne suppurée, par Cheyne. (*Brit. med. Journ.*, 1er février.) — Abcès du cervelet, suite d'otite moyenne chronique, trépanation, mort, par Milligan et Hare. (*Brit. med. Journ.*, 1er février.) — Traitement de la suppuration mastoïdienne associée à l'otite moyenne, par Arbuthnot Lane. (*Brit. med. journ.*, 29 mars.) — Traitement de la nécrose et de la carie du temporal, par Bull. (*Zeit f. Ohr.*, XX, 3 et 4.) — Des affections de l'oreille dans le tabes, par Treitel. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 3 et 4.) — Traumatisme du labyrinthe, traitement par les injections de pilocarpine, par Risk. (*Brit. med. journ.*, 1er février.

Sur l'atrophie des nerfs de l'oreille interne, par HABERMANN. (*Zeit. für Heilkunde*, n° 5, p. 368, 1889.) — Opération pour la surdité et les bourdonnements dus à l'immobilisation des osselets et pour l'otorrhée, par SEXTON. (*Brit. med. Journ.*, 11 janvier.) — Vertige auriculaire guéri définitivement par l'excision de la membrane du tympan et du marteau, par CH. BURNETT. (*Americ J. of the med. sc.*, fév., p. 158.) — De la mobilisation de l'étrier, par MIOT. (*Rev. de laryng.*, 15 janvier.)—De la mobilisation de l'étrier, par MOURE. (*Rev. de laryng.*, 1er avril.) — Syphilis de la caisse du tympan, par KIRCHNER. (*Le Scalpel*, 16 février.) — De l'emploi du collodion dans les déchirures du tympan, par KELLER. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 1.) — Un cas d'hématome de la caisse du tympan chez un hémophilique, par ROHRER. (*Rev. de laryng.*, 15 janvier.) — A propos des atrésies de l'oreille externe, par DELSTANCHE. (*La clinique des hôp. de Bruxelles*, 6 fév.) — Exostoses du conduit auditif externe, par HEURTEAUX. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 janv.) — Athérome du conduit auditif externe, par CORRADI. (*Boll. d. mal. dell' orechio*, VIII, 2.) — De l'emploi de la cocaïne dans les maladies d'oreille, par BAUMGARTEN. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 5.) — De la résorcine en pansement avec la cocaïne dans les maladies de l'oreille, par DE STEIN. (*Ibid.*, XXIV, n° 3.) — De l'iode dans les affections de l'oreille moyenne, par ALLYN. (*Med. Standard*, janvier.) — Nouvelle sonde pour oreilles, par WARD COUSINS. (*Lancet*, 12 avril.) — Nouvel inspecteur auriculaire et évacuateur avec cathéter flexible de la trompe, par COUSINS. (*Brit. med Journ.*, 11 janvier.)

Oreillons. — Oreillons : recherches sur les causes de leur contagion, par BORDAS. (*Soc. biologie*, 16 novembre 1889.)

Orthopédie. — Quelques considérations sur l'histoire de l'orthopédie, par L. H. PETIT. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 1, janvier.)

Os. — La fossette pharyngée de l'os occipital, par ROMITI. (*Atti della Soc. toscan. di sc. nat.*, XI.) — Du développement du point d'ossification dans les os des extrémités dans la première année de la vie, par FAGERLIND. (*Finska lakar. Handlingar*, XXXII.) — Sur les nodules osseux sous-cutanés, par MONIN. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — De l'ostéite déformante de Paget, par THIBIERGE. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — Observation d'ostéite déformante de Paget, par CHRÉTIEN. (*Poitou méd.*, février.) — Sur les microbes de l'ostéomyélite aiguë dite infectieuse, par LANNELONGUE et ACHARD. (*Acad. des sc.*, 10 mars.) — Sur les microbes de l'ostéomyélite aiguë juxta épiphysaire, par RODET et COURMONT. (*Lyon méd.*, 13 avril.) — Ostéomyélite des adultes, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 14 janvier.) — — Un cas d'ostéomyélite aiguë; infection de l'organisme par le staphylococcus pyogenes aureus, mort, par HEYDENREICH, FRŒLICH et HAUSHALTER. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 1, p. 12.) — Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche. Décollement épiphysaire, ostéomyélites multiples, péricardite purulente, abcès du poumon, par LOUIS. (*Bull. Soc. anat.*, 17 janvier, p. 23.) — Ostéomyélite infectieuse de la 10e côte, pleurite secondaire, résection partielle de la côte, guérison, par RÉGNIER. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Nécrose centrale du radius sans suppuration, par CHEYNE. (*London path. Soc.*, 1er avril.) — Traitement opératoire des ostéo-arthrites fongueuses de l'enfance, par DAHEPYL. (*Thèse de Paris*, 13 février.) — De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, par MARIE. ((*Rev. de méd.*, janvier.) — Pathogénie des kystes des os, par WESTPHALEN. (*St-Peterb. med. Wech.*, n° 45, 1889.) — Kyste du tibia droit, par ROUSQUET. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 617.) — De quelques défor-

mations du spina ventosa, par ORTHOLAN. (*Thèse de Paris*, 14 février.) — Fibrosarcome de la clavicule, extrémité sternale, excision, mort par abcès du médiastin, par BARLING. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars.) — Ostéosarcome de l'extrémité supérieure du tibia, amputation de cuisse, par J. REBOUL. (*Bull. Soc. anat.*, 17 janvier, p. 35.) — Contribution à l'étude de l'ostéoclasie. Résultats éloignés de l'ostéoclasie de l'extrémité inférieure du fémur dans deux cas de genu valgum double, par L. DUBAR. (*Bull. méd. du Nord*, n° 2, p. 25.) — Observation de genu valgum à droite et de genu varum à gauche; ostéoclasie et ostéotomie, par SACRÉ. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, n° 11, p. 728, 1889.) — Genou en dedans, en dehors et autres malformations résultant du défaut des lignes épiphysaires, par MURRAY HUMPHRY. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 165.)

Ovaire. — Dégénérescence kystique des ovaires (ovaires à petits kystes), par POZHERAT. (*Bull. Soc. anat.*, 14 mars, p. 150.) — De l'ablation de certaines tumeurs de l'ovaire et des trompes par l'incision, par PICQUÉ. (*Rev. gén. de clinique*, n° 40, p. 639, 1889.) — Ablation d'un kyste de l'ovaire d'une grosseur anormale, par HAGER. (*Cent. für Gyn.*, 4 janvier.) — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, par MOULS. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — Les tumeurs végétantes de l'ovaire, par WAQUEZ. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Fibrome de l'ovaire compliqué d'ascite, laparotomie, guérison, par COE. (*New York obst. Soc.*, 21 janvier.) — Cancer des deux ovaires comprimant le rectum, péritonite cancéreuse, pleurésie hémorragique, mort, par LUZET. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Opérations pour une tumeur des deux ovaires, hémorragie secondaire, guérison, par NANCREDE. (*Med. News*, 18 janvier.) — Carcinome de l'ovaire avec rétroversion et prolapsus de l'utérus; ovaro-salpingotomie et hystéropexie après avivement utérin, par THIRIAR. (*Mercredi méd.*, 16 avril.) — Double ovariotomie en 1882 et néphrectomie en 1889, par MYRTLE. (*London clin. Soc.*, 28 mars.) — 6e série de 35 ovariotomies, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thér.*, 1er mars.) — Ovariotomie compliquée de grossesse, par G. VAN PELT. (*Boston med. journ.*, 14 novembre 1889, p. 480.) — Les méthodes opératoires illustrées par l'histoire de l'ovariotomie en Amérique, par MC MURTRY. (*Med. News*, 15 mars.) — Plaidoyer en faveur des réserves au sujet de l'opération de Tait pour les maladies pelviennes, par SHARP. (*Med. News*, 11 janvier.)

Oxygène. — Recherche physiologique sur l'oxygène préparé par le procédé de Boussingault, par GRÉHANT. (*Soc. biologie*, 16 novembre 1889.)

P

Palais. — Quelques remarques sur les anomalies de la luette, sur la luette double, par NOLAND MACKENZIE (*John Hopkins hosp. Rep.*, II, n° 1.) — De l'œdème aigu inflammatoire de la luette, par DUDLEY MORGAN. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 14 décembre 1889, p. 858.) — Les gommes du voile du palais, par FOURNIER. (*Rev. gén. de clin.*, 26 mars.) — L'odontologie dans la fissure de la voûte palatine, par KÖLLIKER. (*Cent. f. Chir.*, 8 mars.) — Des opérations plastiques sur le palais chez les enfants, leurs résultats éloignés, par EHRMANN. (In-8°, *Paris*, 1889.) — Modification de Billroth ou procédé de Langenbeck pour l'urano-staphyloplastie, par SALZER. (*Cent.*

f. Chir., 29 mars.) — Indications et résultats thérapeutiques de l'urano staphylorraphie, par TRÉLAT. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er février.)

Paludisme. — Des plasmodies de la malaria, par VON JAKSCH. (*Prager med. Woch.*, n° 4.) — Les corps de Laveran, les microbes du paludisme, par CORONADO. (*Cron. med. quir. La Habana*, n° 25, 1889.) — Les parasites du paludisme, par LANNOIS. (*Lyon méd.*, 19 janvier.) — Des parasites de la malaria, par GRASSI et FELETTI. (*Cent. f. Bakt.*, VII, n° 13.) — L'épidémie de fièvre dans les ateliers de West Albany, nature, étiologie, par CURTIS. (*Albany med. Annals*, n° 1.) — Trois cas d'infection paludique, par SCHULTZE. (*Russkaia med.*, n° 7, 1889.) — Etude de l'infection paludique, par PLEHN. (*Zeit. f. Hygiene*, VIII, 1.) — L'infection palustre (2e Congrès de médecine interne tenu à Rome.) (*Riv. clin. e terap.*, n° 11, p. 569, 1889.) — Etude sur l'infection paludique, par CANALIS. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, n° 8.) — Névrite et névrorétinite malariale, par MACNAMARA. (*Brit. med. Journ.*, 8 mars.) — Des troubles nerveux lointains consécutifs au paludisme, par TEISSIER. (*Bull. méd.*, 30 avril.) — De la fièvre intermittente, son traitement, sa nature, par JACCOUD. (*Semaine méd.*, 22 janvier.) — Les injections intraveineuses de sels de quinine dans l'infection paludique, par BACCELLI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 12.)

Pancréas. — Des résultats de l'extirpation partielle du pancréas, par MINKOWSKI. (*Cent. f. klin. Med.*, 1er février.) — Séméiologie du pancréas, par DE GRANDMAISON. (*Gaz. des hôp.*, 4 janvier.) — Valeur clinique des fèces décolorées ou grises sans jaunisse, leurs rapports avec les maladies du pancréas, par WALKER. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 257.) — Un cas de pancréatite hémorragique, par SIDNEY THAYER. (*Boston med. Journ.*, 21 novembre 1889, p. 506.) — Un cas de pancréatite hémorragique, par F. HARRIS. (*Ibid.*, 19 décembre 1889, p. 606.) — Cancer primitif du pancréas, par WETHERED. (*London path. Soc.*, 4 février.) — Cancer du pancréas, par PAULY. (*Lyon méd.*, 30 mars.)

Pansement. — Les conditions matérielles d'une bonne salle d'opérations, l'économie et la simplicité, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Bull. méd.*, 6 avril.) — Pansement antiseptique extemporané pour la chirurgie de guerre et la chirurgie d'urgence, par DUQUAIRE. (*Lyon méd.*, 26 janvier.) — Plus de pansement, par PETIT. (*Union médicale*, 15 février.) — Drainage dans la chirurgie abdominale et pelvienne, par PRICE. (*Med. News*, 15 mars.) — Recherche et dosage du mercure à l'état de sublimé dans les étoupes bichlorurées à 1/1000, par GUILLOT. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — De la valeur antiseptique de l'iodoforme, par TILANUS. (*Rev. de chir.*, février.) — Sur le mode d'absorption et d'élimination du salol employé dans les pansements, par BRÉTILLON. (*Journ. de pharm.*, 15 avril.) — Nouveau procédé de suture, par LUTZ. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 7.) — De la suture sous-cuticulaire, par KENDAL FRANKS. (*Brit. med. journ.*, 22 février.) — Nœuds, ligatures et sutures, par CURTIS. (*New York med. record.*, p. 449, 26 octobre 1889.) — Un stérilisateur pour les instruments de chirurgie, par SETTEGAST. (*Cent. f. Chir.*, n° 6.) — Etuves et chirurgie, par GUERMONPREZ. (*Broch. Lille.*) — Sur un procédé destiné à assurer l'asepsie des seringues à injections vésicales, par DESNOS. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, janvier.)

Paralysie. — Quelques points de la pathologie des paralysies qui surviennent dans les deux premières années de la vie, par ASHBY. (*Brit. med. journ.*, 8 février.) — Un cas de paralysie alterne de l'oculo-moteur commun

avec aphasie d'origine traumatique, par MANQUAT et GRASSET. (*Progrès médical*, 8 février.) — Pronostic et traitement de l'hémiplégie, par BASTIAN. (*Le Mercredi médical*, 26 mars.) — Diagnostic des monoplégies brachiales, par RENDU. (*Mercredi méd.*, 19 mars.) — Sur une manifestation épidémique d'hémiplégie faciale, observations recueillies au cours d'influences associées, grippale, pneumonique et diphtérique, par LE QUINQUIS. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Sur les paralysies faciales d'origine auriculaire, par CHARCOT. (*Mercredi méd.*, 19 février.) — Rigidité paraplégique chez un marcheur, avec un degré remarquable d'irritabilité nervo-musculaire, par HADDEN. (*Brain*, n° 48.) — Deux cas de paralysie pseudo-hypertrophique des muscles, par COROMILAS. (*Journ. de méd.*, *Paris*, 23 mars.)

Paralysie agitante. — De la paralysie agitante, par BORGHERINI. (*Wiener med. Woch.*, n° 7.)

Paralysie générale. — Les prodromes de la paralysie générale, par SAVAGE. (*Brit. med. Journ.*, 5 avril.) — La paralysie générale dans l'armée, par DERICARRÈRE. (*Thèse de Paris*, 9 janvier.) — Variétés de la paralysie générale, par RIST. (*Soc. méd. psych.*, 27 janvier.) — Note sur le diagnostic différentiel de la lypémanie hypocondriaque et de la paralysie générale progressive, par RÉGIS. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 janvier.) — Du mal perforant dans la paralysie générale progressive, par BERTHELEMY. (*Thèse de Paris*, 27 février.) — Mal perforant chez un paralytique général, par MABILLE. (*Bull. Soc. de méd. de La Rochelle*, p. 108, 1887). — De la mort dans la paralysie générale, par BARAEZR. (*Thèse de Paris*, 17 avril.). — Traitement chirurgical de la paralysie générale, par PERCY SMITH. (*Brit. med. Journ.*, 4 janvier.)

Parole. — Cas de mutisme simulé, par CATINI. (*Lyon méd.*, 15 septembre 1889.)

Pathologie. — Des adaptations et compensations dans les états pathologiques, par NOTHNAGEL. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, suppl. *Band.*) — Sur les rapports de la morphologie et de la pathologie, par BLAND SUTTON. (*Lancet*, 15 février.)

Paupière. — Un cas de mouvements de la paupière supérieure associés à ceux du maxillaire inférieur, par EMMERT. (*Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte*, n° 2, p. 42, 15 janvier.) — Le traitement de la blépharite, par GRADLE. (*Med. News*, 8 février.) — Traitement des inflammations du bord de la paupière, par FUKALA. (*Wiener med. Bl.*, 23 janvier.) — Des méthodes de traitement du trichiasis et de l'entropion, par HELLNER. (*Inaug. Diss. Iena*, 1889.) — Remarques sur 100 cas de trichiasis opérées d'après la tarso-cheilo-plastique de l'auteur, par MILLINGEN. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, juillet 1889.) — Du traitement de l'ectropion, par la suture de Snellen, par GRAND. (*Loire méd.*, 15 février.) — Le traitement de l'ectropion cicatriciel, par TAYLOR. (*Brit. med. Journ.*, 11 janvier.) — Nouvelle opération pour l'ectropion de la paupière supérieure, par EVANS. (*Lancet*, 5 avril.) — Du lambeau musculo-cutané en forme de pont appliqué à la restauration des paupières, par TRIPIER. (*Rev. de chir.*, avril.)

Peau. — De la structure fine de la peau normale, par HEITZMANN. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 1 et 2.) — Cellules épithéliales et migratrices dans la peau de la queue du têtard de grenouille, par KODIS. (*Arch. f. Physiol.*, suppl.

p. 1, 1889.) — Catalogue des moulages coloriés du musée de l'hôpital Saint-Louis, par FEULARD. (In-8°, 199 p., *Paris*.) — Notes sur quelques affections de la peau, par MACKENZIE. (*Brit. med. Journ.*, 4 janvier.) — Sur quelques difficultés de l'étude microbienne des maladies de la peau et notamment de la clavelée, par NOCARD. (*Rec. de méd. vétér.*, n° 24, 1889.) — Pathologie de l'épidermite, par GAMBERINI. (*Giorn. mal. vener.*, XXV, 1.) — Sur les boutons endémiques (bouton d'Orient, d'Alep, Salek, etc.), par E. SCHWENINGER et F. BUZZI. (*Charité-Annalen*, p. 718, XIV.) — Kératose folliculaire, par WHITE. (*Journ. of cut. dis.*, janvier.) — Notes pour servir à l'histoire de la kératose pilaire, par BROCQ. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 1, janvier.) — Des rapports qui existent entre l'impetigo herpetiformis et la dermatite herpétiforme, par DUHRING. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 6.) — Dermatite polymorphe douloureuse aiguë, par HAUTECŒUR. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 1, janvier.) — De quelques lésions cutanées à forme multiple et à siège variable, déterminées par le même parasite, par ERAUD. (*Lyon méd.*, 23 février.) — Etude des vergetures et principalement des vergetures arrondies, par PELLISSIER-VASITIN. (*Thèse de Paris*, 26 mars.) — Vergetures des membres, par BEAUJON. (*Thèse de Paris*, 23 janvier.) — Etude morphologique d'un cryptogame nouveau trouvé dans une lésion circinée de la peau, par BUSQUET. (*Thèse de Lyon*, n° 513.) — De l'hydroxylamine en dermatothérapie, par EICHHOFF. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 5.) — De l'hydroxylamine et de son emploi dans le traitement des maladies de la peau, par GRODDECK. (*Ibid.*, X, 4.) — De l'hydroxylamine et du traitement de Schweninger, par GRODDECK. (*Ibid.*, X, n° 8.) — De l'électrolyse dans le traitement des maladies de la peau, par LEVISEUR. (*Ibid.* X, n° 7.)

Pellagre. — Le bacille du maïs de Cuboni et ses relations avec la pellagre, par R. PALTAUF et A. HEIDER. (*Med. Jahrb.* LXXXIV, p. 383.)

Pemphigus. — Une épidémie familiale de pemphigus, par DERVILLE. (*Journ. sc. méd.*, *Lille*, 17 janvier.) — Cas anormal de pemphigus, par CLARKE. (*Lancet*, 4 janvier.) — Pemphigus végétant, par CROCKER. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 233.) — Cas de pemphigus, par WALLACE. (*Lancet*, 22 février.) — Du pemphigus aigu contagieux, par KNUD FABER. (*Monats f. prakt. Dermat.*, X, n° 6.)

Périnée. — Rupture du périnée, opération immédiate, guérison, par SMITH. (*Lancet*, 25 janvier.) — Rupture centrale du périnée, par WELLS. (*Lancet*, 8 mars.) — Les opérations chirurgicales dans les ruptures du périnée, par CARPENTER. (*New York med Record.*, p. 540, 16 novembre 1889.) — De la périnéorraphie, méthode de L. Tait, par TÖRNGREN. (*Finska läkar. handlingar*, XXXII, n° 2.) — Des déchirures du périnée, malades qu'il faut opérer. Périnéorraphie par la méthode d'Emmet, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 11 mars.) — Restauration du périnée immédiatement après l'accouchement, par MAC LAREN. (*Amer. journ. of obst.*, septembre 1889.) — Coup d'œil sur la chirurgie contemporaine et sur la périnéorraphie, par DEROUBAIX. (*Bull. Acad. de méd.*, *Belgique*, n° 11, p. 705, 1889.)

Péritoine. — Sur les éléments anatomiques de la sérosité péritonéale, par RANVIER. (*Acad. des sc.*, 14 avril.) — Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine, par DELBET. (*Ann. de gynécol.*, février.) — Thrombose de la veine-porte au cours d'une péritonite suppurée, par WEST. (*Pathol. Soc. of London*, 21 janvier.) — De l'étiologie de la péritonite septique, par BUMM. (*Ann. de gynéc.*, janvier.) — Hépatite interstitielle, suite de péritonite chronique, par BASSI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.)

— Du pouls comme indication de laparotomie exploratrice pour la péritonite aiguë traumatique, par BURFORD. (*Lancet*, 19 avril.) — De la péritonite chronique, ses formes, son diagnostic, par JACOBI. (*New York Acad. of med. New York med. Rec.*, p. 522, 9 novembre 1889.) — Appendiculite et péritonite appendiculaire, par MAURIN. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — Péritonite par perforation, indications de la laparotomie, par E. BLOCH. (*Rev. gén. de clinique*, n° 51, p. 815, 1889.) — Péritonite diffuse aiguë suppurée, laparotomie, guérison, par HAWKINS-AMBLER et KNAGGS. (*Clin. Soc. of London*, 11 avril.) — Epanchement fécal dans la cavité péritonéale, lavage du péritoine, guérison, par HARRISON CRIPPS. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars.) — Volumineux kyste chyleux du mésentère, par RASCH. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 311.) — Cancer du péritoine, par WEST. (*London pathol. Soc.*, 18 février.)

Pharmacologie. — Des relations entre l'action biologique et la constitution atomique, par CURCI. (*Progresso med.*, 20 février.) — La distinction microchimique des alcaloïdes et des matières protéiques, par ERRERA. (Broch.-*Bruxelles*, 1889.) — Le Thé (Revue de Botanique médicale), par GRANEL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n°s 4, 5, 1890.) — Etude physiologique de l'action de la caféine sur les fonctions motrices, par PARISOT. (*Thèse de Paris*, 6 mars.) — Action de la caféine sur le système nervo-musculaire, par LAPICQUE et PARISOT. (*Soc. Biologie*, 7 décembre 1889.) — Nouvelles recherches expérimentales sur la caféine, par SEMMOLA et MARCONI. (*Progresso med.*, 10 avril.) — Du sureau comme médicament diurétique, par G. LEMOINE. (*Soc. Biologie*, 30 novembre 1889.) — Recherche sur l'action physiologique de l'écorce de tige de sureau, par COMBEMALE et DUBIQUET. (*Soc. Biologie*, 30 novembre 1889.) — Action de la strychnine sur le cerveau, par BERNATZKI. (*Wratch*, n° 6.) — Le chanvre indien, par EGASSE. (*Bull. gén. de thér.*, 15 février.) — Pharmacologie du curare et de ses alcaloïdes, par TILLIE. (*Journ. of anat.*, avril.) — Sur les deux variétés de detarium senegalense à fruit comestible et à fruit amer, au point de vue botanique et chimique, par HECKEL et SCHLAGDENHAUFFEN. (*Journ. de pharm.*, 15 avril.) — Sur les échanges organiques, par JAFFÉ. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, suppl. Band.) — Le catha adulis, par CAUVET. (*Thèse de Lyon*, n° 519.) — Etude physiologique des essences de serpolet et de thym, par CADÉAC et MEUNIER. (*Lyon méd.*, 9 mars.) — Contribution à l'étude des propriétés épileptisantes de l'essence de romarin, par CADÉAC et MEUNIER. (*Soc. Biologie*, 23 novembre 1889.) — Contribution à l'étude physiologique de l'essence de marjolaine, par CADÉAC et MEUNIER. (*Ibid.*, 21 décembre 1889.) — Etude physiologique de l'essence de lavande, par CADÉAC et MEUNIER. (*Province méd.*, 1er mars.) — La résine de kaoli ou baume calédonien, par FORNÉ. (*Soc. de thérap.*, 26 mars.) — Quelques observations concernant l'action de l'ozone sur la résine de gayac, par KOWALEWSKY. (*Centralblatt für med. Wiss.*, 1889, p. 66.) — Sur l'agent d'oxydation de l'essence de térébenthine, par KOWALEWSKY. (*Ibid.*, 1889, p. 213.) — Le baume du Pérou provoque-t-il la néphrite, par BRAUTIGAM et NOWACK. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 7.) — Sur la préparation du glycérolé cadique, par LÉPINOIS. (*Journ. de pharm.*, 15 avril.) — Etude du sulfonal, par GORDON. (*Brit. med. Journ.*, 29 mars.) — Etude expérimentale et classique sur le sulfonal, par C. LAZZARO et L. LOSACCONO. (*Sicilia medica*, n°s 11 et 12, p. 840, 1889.) — De l'action de la saccharine, par PASCHKIS. (*Wiener med. Woch.*, n° 9.) — Action de la saccharine, par JESSEN. (*Arch. f. Hygiene*, X, 1.) — Réactions différentielles des naphtols A et B, faits pour servir à l'étude de l'élimination de ces corps, par YVON. (*Journ. de pharm.*, 1er mai.) — Sur la créoline, par N. BERNARDINONE. (*Rivista clin. e terap.*, n° 2, p. 72.) — La non-toxicité de la créoline, par

Max Kortüm. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 80, 27 janvier.) — De l'action anthidrotique de l'acide camphorique, par Dreesmann. (*Inaug. Diss. Bonn.*, 1889.) — Sur la localisation dans les amandes et le laurier-cerise des principes qui fournissent l'acide cyanhydrique, par Guignard. (*Journ. de pharm.*, février.) — Recherches physiologiques sur l'acide cyanhydrique, par Gréhant. (*Tribune méd.*, 27 février.) — Sur l'action comparative des sels de potassium et de sodium, et en particulier des iodures de potassium et de sodium, par Laborde. (*Bull. acad. de méd.*, 4 mars.) — Sur la valeur du silicofluorure de soude comme antiseptique, par Bokenham. (*Brit. med. Journ.*, 15 février.) — Le sulfotellurate d'ammonium comme réactif d'alcaloïdes, par Brociner. (*Journ. de pharm.*, 1er mai.) — Sur l'action physiologique de l'acide sélénieux, par Chabrié et Lapicque. (*Acad. des sc.*, 20 janvier.) — Sur le carbonate de lithine, par Carles. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 23 février). — Sur l'action physiologique de l'hydrogène arsénié, par Joly et de Nabias. (*Acad. des sc.*, 24 mars.) — Action du tungstène sur l'organisme, par Bernstein-Kohan. (In-8°, 150 p., *Dorpat.*)

Pharynx. — Etudes anatomiques et thérapeutiques sur le recessus pharyngé, par Kapmann. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 3.) — De quelques affections de la bourse pharyngée, par Bronner. (*Lancet*, 11 janvier.) — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Stock. (*Inaurg. Diss.*, *Wurtzbourg*, 1889.) Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Chaumier. (*Gaz. des hôp.*, 13 mars.) — Du catarrhe humide du trépied adénoïde, par Goureau. (*L'Actual. méd.*, 15 mars.) — Végétations adénoïdes du pharynx nasal, par O'Toole. (*Pacific med. Journ.*, juin 1889.) — Des végétations adénoïdes, par Stewart. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 8 janvier.) — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Renner. (*Buffalo med. Journ.*, avril.) — L'hypertrophie adénoïde de la voûte du pharynx, pathologie et traitement, par Bryson Delavan. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 8 mars.) — La question des anesthésiques dans l'opération des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Davis. (*Brit. med. Journ.*, 12 avril.) — Notes et observations sur la tuberculose miliaire aiguë du pharynx, par Aigre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 janvier.) — Sur le traitement de la pharyngite phlegmoneuse, par Helbing. (*Münch. med. Woch.*, 8 octobre, p. 702, 1889.) — Note sur le muguet et les ulcérations ptérygoïdiennes des nouveau-nés, par S. Remy. (*Revue méd. de l'Est*, n° 23, p. 705, 1889.) — Corps étrangers imaginaires de la gorge, par Thorner. (*N. York med. Journ.*, 25 janvier.) — Difformités du pharynx nasal, par Major. (*Times and Register*, 4 janvier.)

Photographie. — De la photographie en médecine, par Boardman Reed. (*New York med. Record.*, p. 514, 9 novembre 1889.)

Physiologie. — Technique physiologique sur un cardiographe direct à aiguille, par Laulanié. (*Soc. Biologie*, 30 novembre 1889.) — Notes de technique physiologique, par Ch. Richet. (*Ibid.*, 21 décembre 1889.)

Pied. — Observation d'hexadactylie des pieds, par Staurenghi. (*Arch. di ortopedia*, V, 3 et 4.) — Contribution à l'étude du pied bot invétéré, par Nélaton. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Difformités des pieds et orteils, consécutives à certaines phlébites des membres inférieurs, pieds bots phlébitiques, par Verneuil. (*Acad. des sc.*, 31 mars.) — Ostéotomie dans le pied bot, par Davy. (*London med. Soc.*, 24 février.) — Traitement du pied bot par la tarsotomie, par Le Marc'hadour. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) Traitement du pied bot chez l'enfant, par Jacqmain. (*La Clinique*, 27 mars.) Traitement opératoire du pied bot, par Phocas. (*Gaz. des hôp.*, 1er mars.) —

Cas de réduction immédiate de la difformité après la ténotomie, par SMITH. (*Lancet*, 15 mars.) — Deux cas d'opération de pied équin, par MORISANI. (*Progresso med.*, 20 février.) — Du pied plat valgus douloureux, différents procédés d'ostéotomie applicables à la cure de cette affection, par KIRMISSON. (*Rev. d'orthop.*, n° 1, janvier.) — Notion et traitement du pied plat, par S. ELLIS. (*Edinburg med. Journ.*, janvier, p. 624.) — Le pied de Madura à son stade initial, par W. HUNTLY. (*Glasgow med. Journ.*, p. 344, novembre 1889.)

Pigment. — Du pigment cutané par PHILIPPSON. (*Forts d. Med.*, VIII, n° 6.)

Pityriasis. — Pityriasis rubra et dermatite exfoliatrice, par RAUGÉ. (*Bull. méd.* 16 mars.)

Plaie. — Des plaies par instruments piquants, par la baïonnette, par ALTHOFFER. (*Thèse de Lyon*, n° 511.) — Plaie de la base du cou par balle; suppuration intrathoracique datant de dix-sept ans; douleurs irradiées dans le membre supérieur gauche et localisées dans la moitié gauche du cou; ostéite condensante des quatre côtes gauches; ostéite condensante de la partie inférieure de la colonne vertébrale du côté gauche; résection de l'extrémité postérieure des quatre premières côtes gauches; résection de l'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale, de celle de la septième vertèbre cervicale, de la lame vertébrale et de la moitié postérieure de l'apophyse transverse gauche de cette vertèbre, par DELORME. (*Gaz. des hôp.*, 4 mars.)

Placenta. — Du développement du placenta, par GOTTSCHALK. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVII, 2.) — Intervention dans un cas d'insertion vicieuse du placenta, et description d'une pince perce-membranes, par STAPFER. (*Union médicale*, 7 janvier.)

Plèvre. — Du râle crépitant dans la pleurésie, par VALENTI. (*Sperimentale*, février et *Riv. clin. e terap.*, n° 2, p. 65.) — De l'accolement pleural et des tensions thoraciques, par CHALMET. (*Rev. gén. de clinique*, n°s 37, 38, 39, 1889.) — Origine tuberculeuse des épanchements pleurétiques, par BARRS. (*Leeds and West Riding med. chir. Soc.*, 10 janvier.) — De la pleurésie diaphragmatique, par MALAVIALE. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — De la pleurésie consécutive au phlegmon de la paroi thoracique, par FRANCHE. (*Thèse de Paris*, 12 février.) — De la douleur pleurétique et de son traitement par la compression du thorax, par RICHARD OTTO. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 852, 30 septembre 1889.) — De la thoracotomie dans les épanchements purulents de la plèvre, par DEL GRECO. (*Sperimentale*, octobre 1889.) — De la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques séro-fibrineux, par PETITCUENOT. (*Thèse de Paris*, 1er mai.) — Pleurésie purulente érysipélateuse, par DEBOVE. (*Gaz. des hôp.*, 4 mars.) — De la vomique pleurale considérée comme terminaison favorable de la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, par BORDE. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Remarques sur l'empyème, par MARY PUTNAM JACOBI. (*Med. News*, 8 février.) — De l'empyème, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n°s 46, 47, 1889, n° 3, 1890.) — Empyème gangréneux interlobaire, par MILLET. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.) — Empyème fusant dans le périnée, le scrotum et la région lombo-abdominale, par JACCOUD. (*Mercredi méd.*, 20 février.) — Du traitement de l'empyème pleural, par PEL. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 3 et 4.) — Trois cas de sarcome de la plèvre, par R. SAUNDBY. (*Birmingham News Review*, 1889, p. 34.)

Poil. — Du changement de couleur des cheveux à la suite d'usage interne de

pilocarpine, par D. Prentiss. (*Journ. of Americ. Assoc.*, 21 décembre 1889, p. 857.)

Poumon. — La poumon des arachnides, par Bertrand. (*La Cellule*, V, fasc. 2.) — Sur l'innervation vaso-motrice du poumon, par E. Couvreur. (*C. R. Soc. Biologie*, 21 décembre 1889.) — De la congestion pleuro-pulmonaire, par Duflocq. (In-8°, *Paris*.) — La cause de la pneumonie, par Syers. (*Lancet*, 12 avril.) — Sur la pathologie de la pneumonie lobaire chronique, par Auld. (*Lancet*, 12 avril.) — De la pneumonie indurée subaiguë, par Percy Kidd. (*Lancet*, 5 avril.) — Pneumonie palustre, par Boinet. (*Gaz. hebd.*, *Montpellier*, n° 4.) — Recherches du pneumocoque dans la pneumonie fibrineuse consécutive à la grippe, par Sée et Bornas. (*Acad. des sc.*, 27 janvier.) — Affection pulmonaire septique et anormale existant dans la vallée du Missisipi depuis les cinq dernières années, par W. Carr Glasgow. (*Americ. Journ. of the med. sc.*, mars, p. 237.) — Les altérations rénales dans la pneumonie, par Devoto. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.) — Le traitement de la pneumonie par les bains tièdes, 6 cas, 4 guérisons, par Kreider. (*N. York med. Record.*, 7 septembre 1889.) — Le traitement de la pneumonie par le viratrum viride et la digitale, par Wood. (*Med. News*, 18 janvier.) — Injections trachéales de naphtol dans la pneumonie, par Pigeol. (*Med. and surg. Reporter*, 15 février.) — Sarcome primitif du poumon, par Marini. (*Giorn. int. d. sc. med.*, XII.) — Du sarcome du poumon, par Huber. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 3 et 4.) — Pneumothorax chez un jeune homme en bonne santé, sans traumatisme, ponction, guérison, par Waller. (*Lancet*, 8 février.)

Prostate. — La prostate, son hypertrophie, par Griffiths. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Pathologie et traitement de l'hypertrophie prostatique, par Roth. (*Cagliari*, 1889.) — Ponction vésicale hypogastrique avec sonde sus-pubienne à demeure et lavages antiseptiques de la vessie dans deux cas de prostate infranchissable, par Lalesque. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, mars.) — De la prostatotomie et de la prostatectomie, par Vignard. (*Thèse de Paris*, 12 mars.) — Prostatectomie hypogastrique, par Raffa. (*Sperimentale*, octobre, 1889.) — De la prostatectomie sus-pubienne, par Mc Gill. (*Int. Cent. f. Phys. u. Path. d. Harn. u. Sexualorg.*, n° 5, 1889.)

Prurigo. — Anatomie du prurigo, par Kromayer. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 1 et 2.) — Pathogénie et traitement du prurigo d'Hebra, par Alix. (*Thèse de Lyon*, n° 503.)

Psoriasis. — Coïncidence du psoriasis vulgaire avec la syphilis cutanée, par Neumannn. (*Wiener med. Woch.*, n° 7.) — Recherches sur le psoriasis, par Lang. (*Wiener med. Blätter*, n° 7.) — Notes sur le psoriasis au point de vue étiologique, par Deligny. (*Rev. de clinique*, n° 2, p. 18.) — Du traitement du psoriasis par l'usage interne de l'acide chrysophanique, par Stocquart. (*Arch. de méd. prat.*, *Bruxelles*, IV, 2.)

Psychose. — Les phénomènes moteurs et la volonté, par Marillier. (*Rev. scientif.*, 29 mars.) — Le sphygmographe pour les recherches psychiques, par Purdon. (*Med. News*, 16 novembre.) — Les rêves, physiologie et pathologie, par Tissié. (In-18, *Paris*.) — Un cas d'obsession psycho-génitale tiré des *Essais* de Montaigne, par Régis. (*Ann. méd. psych.*, janvier.) — Mélancolie au point de vue de la physiologie et de l'évolution, par Robertson. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.)

Ptomaïne. — Sur une nouvelle ptomaïne de putréfaction, obtenue par la culture du bacterium allii, par Griffiths. (*Acad. des sc.*, 24 février.) — La

typhotoxine de Brieyer, par Blasi. (*Boll. soc. di igiene, Palerme*, n° 4, 1889.)

Puerpéral (État). — L'étiologie de la fièvre puerpérale, par Robert Smith. (*Med. chir. Transact.*, LXXII, p. 83.) — Fièvre puerpérale, par Horrocks. (*Hunterian Soc.*, 26 mars.) — Saprémie et septicémie dans la période puerpérale, par Gardner (*Maryland med. Journ.*, n° 21, 1889.) — La prophylaxie et le traitement de la fièvre puerpérale, par Davis. (*Med. News*, 22 février.) — La fièvre puerpérale à la suite des opérations obstétricales, et les difficultés de son traitement dans les communes rurales, par Crispo. (*Rivista clin. e terap.*, n° 2, p. 80.) — Pyrexie puerpérale, insuffisance nitrale, manie aiguë, cellulite, guérison, par Napier. (*Lancet*, 15 février.) — Objections au curetage de l'utérus dans la fièvre puerpérale, par Collins. (*Lancet*, 18 janvier.)

Purpura. — Un nouveau cas de purpura avec diminution considérable des plaquettes, par Denys. (*La Cellule*, V, 1.) — De quelques variétés cliniques du purpura, par Hutinel. (*Semaine méd.*, 2 avril.)

Pyohémie. — Etiologie des processus pyémiques, par Levy. (*Cent. f. klin. Med.*, 25 janvier.)

Q

Quinine. — Syncopes provoquées par l'absorption de faibles doses de quinine (0gr,40), disparaissant par le décubitus dorsal, par Purrey. (*Bull. Soc. de méd., La Rochelle*, p. 92, 1887.)

R

Rachis. — Ménisques et disques intervébraux, par Cleland. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Le cou et l'apophyse odontoïde distinct du corps de la vertèbre axis, par Turner. (*Ibid.*, avril.) — Tumeurs osseuses du cou; la 7e vertèbre cervicale de l'homme, par Planet. (*Thèse de Paris*, 13 février.) — La chirurgie du rachis, par Broca. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 février.) — Le torticolis, cause de scoliose, par Young. (*Med. News*, 22 février.) — Causes et pathologie des formes les plus communes de la scoliose latérale, par Arbuthnot Lane. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 275.) — Mal de Pott dorso-lombaire, inflexion latérale et double rétrécissement de l'aorte, par Lejars. (*Bull. Soc. anat.*, 7 février, p. 58.) — Etat actuel du traitement de la scoliose, par Brennsohn. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 18 janvier.) — Sur la valeur de la méthode de Sayre dans le traitement des scolioses, par Golding Bird. (*Rev. d'orthop.*, n° 1, janvier.) Des accidents nerveux tardifs consécutifs aux fractures du rachis et de leur traitement, par Tuffier et Hallion. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Fracture de trois vertèbres cervicales, mort au 26e jour, examen de la moelle, par Wooster et Montgomery. (*Occidental med. Times*, septembre 1889.) — Fracture avec luxation du rachis, paraplégie, opération, mort de pneumonie deux mois plus tard, par Willett. (*London pathol. Soc.*, 1er avril.) — Luxation de la colonne vertébrale cervicale, par Curtillet.

(*Lyon méd.*, 26 janvier.) — Trois cas de tumeurs coccygiennes, par Bowlby. (*London path. Soc.*, 18 mars.)

Rachitisme. — Pseudo-paraplégie rachitique, par Berg. (*New York med. record*, p. 534, 16 novembre 1889.) — Sur l'utilité des inspirations d'air comprimé dans le rachitisme, par Fütt. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXX, 3.)

Rage. — Modes accessoires de transmission de la rage, par Galtier. (*Lyon méd.*, 23 février.) — Glomérulo-néphrite dans la rage expérimentale, par J. Colasanti et Guarnieri. (*Unters. zur Naturl. von Jac. Moleschott, Bd.* XIV, p. 95.) — Contribution à l'étude séméiologique et pathologique de la rage, par Ferré. (*Acad. des sc.*, 23 décembre 1889.) — Un cas de rage, mort, autopsie, par Page. (*Lancet*, 8 février.) — Statistique générale de l'institut antirabique de Naples, par Cantani. (*Giorn. intern. d. sc. med.*, n° 1.) — Collection de cas de rage relatés comme traités avec succès, par Benham. (*Lancet*, 1er mars.) — La prophylaxie de la rage et de l'hydrophobie, par Gordon. (*Lancet*, 29 mars.)

Rate. — Note sur le reticulum de la rate, par Laguesse. (*Soc. biologie*, 23 novembre 1889.) — Recherches sur le rôle de la rate dans les maladies infectieuses, par Bardach. (*Ann. Institut Pasteur*, janvier.) — Hypertrophie de la rate, par Wilson. (*Clin. Soc. of London*, 28 mars.) — Traitement local des tumeurs chroniques de la rate, par Mosler. (*Wiener med. Woch.*, n° 1.) — Cicatrisation d'une rupture de la rate et du rein, par d'Arcy Power. (*London path. Soc.*, 4 février.) — Un cas de résection de la rate, par Fr. Fink. (*Zeit. für Heilkunde*, n° 5, p. 354, 1889.)

Rectum. — Traitement du prolapsus rectal par l'excision, par Treves. (*Lancet*, 22 février.) — Traitement des prolapsus du rectum, par Lyot. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — Traitement chirurgical du prolapsus grave du rectum, par Gross. (*Semaine méd.*, 11 février.) — Rétrécissement congénital du rectum, par Kelsey. (*Med. News*, 1er mars.) — Rétrécissement vénérien du rectum, par Jacquinot. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.) — Observation d'excision du rectum, par Harlam. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — Colotomie inguinale pour un cancer du rectum, par Wharton. (*Med. News*, 11 janvier.) — De la colotomie dans le cancer du rectum, par Denucé. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 5 janvier.) — Cancer du rectum, résection du cancer, conservation du sphincter, par A. Routier. (*La Médecine moderne*, 16 janvier.)

Réflexe. — Des réflexes cérébraux, par Dénier. (*Thèse de Lyon*, n° 520.) — Mouvements spinaux réflexes chez quelques vertébrés, par Haycraft. (*Brain*, n° 48.)

Rein. — Leçons sur la maladie de Bright de R. Saundby, édition allemande, par W. Lewin. (*Berlin.*) — Diagnostic précoce des affections chroniques des reins, par Bond. (*Amer. Journ. of med. sc.*, janvier.) — Œdème pulmonaire brightique suraigu avec expectoration albumineuse, par Bouveret. (*Revue de méd.*, mars.) — Histologie pathologique de la néphrite, par Rindfleisch. (*Verhandl. der physik-medicin. Gesellsch. zu Würzburg*, 1889, p. 29.) — Sur la fausse imperméabilité de certains reins brightiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse, par Renaut. (*Bull. Acad. de méd.*, 21 janvier.) — Etude de la néphrite syphilitique accompagnée de quelques considérations sur les dégénérescences amyloïde et hyaline, par Leroy. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Respiration de Cheyne Stokes dans le rein granuleux, par West. (*Clinic. Soc. London*, 28 fé-

vrier.) — La pathologie et le traitement des néphrites (2e Cong. de méd. interne tenu à Rome). (*Riv. clin. e terap.*, n° 11, p. 562, 1889.) — Sur le rein des tuberculeux et la néphrite tuberculeuse en particulier, par Coffin. (*Thèse de Paris*, 13 février.) — Le rein tuberculeux, par Coffin. (*Gaz. des hôp.*, 26 avril.) — Anurie ayant duré 7 jours, guérison, par Ducourneau. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 mars.) — Anurie pendant 13 jours, un seul rein, occlusion de l'uretère, par un thrombus, par Butter. (*Lancet*, 11 janvier.) — Néphrite aiguë, convulsions urémiques, guérison, par Walter Carr. (*Lancet*, 25 janvier.) — Etudes sur la chirurgie des reins, par Svensson. (*Arsber. fran Sabbatsbergs sjukhus, Stockholm*, 1889.) — Les incisions chirurgicales du rein, par Robineau-Duclos. (*Thèse de Paris*, 12 février.) — Des formes cliniques du rein mobile, par Drummond. (*Lancet*, 11 janvier.) — Rein mobile et néphropexie, par Tuffier. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — Rein flottant et néphrorraphie, par Terrillon. (*Bull. méd.*, 5 mars.) — Calcul engagé dans l'uretère, extirpation par une opération, ouverture similaire à celle de la ligature de l'artère iliaque, par Twynam. (*London clin. Soc.*, 24 janvier.) — Présentation de deux reins calculeux d'un homme de 44 ans, par A. Edel. (*Berliner. klin. Woch.*, p. 38, 13 janvier.) — Sur les symptômes et les conditions qui justifient la néphrolithotomie, par Jacobson. (*Brit. med. journ.*, 18 janvier.) — Calcul du rein, pyonéphrose, néphrolithotomie, par Williams. (*Lancet*, 22 mars.) — Un cas de néphrolithotomie, par F. Shepherd. (*Annals of surgery*, novembre 1889, p. 339.) — Néphrectomie abdominale pour pyonéphrose, par J. Irish. (*Boston med.*, 5 décembre 1889, p. 560.) — Traitement chirurgical des pyonéphroses, par Bureau. (*Thèse de Paris*, 26 mars.) — Néphrectomie abdominale, guérison, par Deletrez. (*Journ. de méd., Paris*, 30 mars.) — Rein polykystique, néphrectomie, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 593.) — — De la néphrectomie dans les tumeurs malignes du rein, par Quénu. (*Mercredi méd.*, 26 mars.) — Néphrectomie abdominale pour un gros sarcome de la capsule du rein gauche et de la capsule surrénale, guérison, par Thornton. (*London clin. Soc.*, 14 mars.) — 25 cas de néphrectomie par la voie abdominale, par Thornton. (*Med. chir. Trans.*, LXXII, p. 289.) — Néphrectomie pour tumeurs lombaires, par Quénu. (*Le Mercredi méd.*, 26 mars.) — Tuberculose du rein, néphrectomie, guérison, par Mac Cormac. (*Lancet*, 8 février.) — Rupture du rein, guérison, par J. Gage. (*Boston med. journ.*, 14 novembre 1889, p. 484.)

Résection. — Résection de la tête du fémur, abrasion de l'articulation, occlusion immédiate de la plaie, par Lockwood. (*London clin. Soc.*, 24 janvier.) — Résection du genou, par Ollier. (*Lyon méd.*, 9 mars.) — Recherche sur la régénération de l'os après une résection sous-périostée, par Ernest Neve. (*Edinburgh med. journ.*, février, p. 719.)

Respiration. — Sur la respiration pulmonaire, par Bohr. (*Acad. des sc.*, 27 janvier.) — De l'influence de l'activité musculaire sur la respiration, par Geppert et Zuntz. (*Fortsch. d. Med.*, n° 2.) — Recherches sur les changements de la respiration, provoqués par l'activité musculaire, par Speck. (*Cent. für med. Wiss.*, 1889, p. 1.) — Méthode pratique pour la détermination rapide de l'acide carbonique de l'air. Présence de l'acide carbonique dans l'air inspiré, par K. B. Lehmann. (*Verhandl. der physik. medicin. Gesellsch. zu Würzburg*, 1889, page 40.) — La respiration pendant le chant et la parole, par Mayo Collier. (*Journ. of laryng.*, février.) — La respiration artificielle hypodermique, par Cobas. (*Rev. d'hyg. thér.*, mars.) — Respiration et circulation des fœtus en état d'asphyxie. Influence de la respiration artificielle sur la circulation, par Schultze. (*Wiener med. Blatter.*, n° 9.) — La fonction respiratoire dans les montagnes, par For-

LANINI. (*Arch. ital. di. clin. med.*, XXVIII, 4.) — Observations sur la respiration dans une atmosphère comprimée, par LIEBIG. (*Arch. f. Phys. suppl. Bd.*, 1889, p. 41.) — Deux cas de respiration de Cheyne Stokes dans une maladie chronique de Bright, par KRAGGS. (*Lancet*, 5 avril.)

Rétine. — Mécanisme de repos de la rétine, par A. FICK et A. GÜRBER. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 19, 1er janvier.) — Influence de l'accommodation sur la sensibilité rétinienne pour la lumière et les couleurs, par BXSEVI. (*Ann. di ottalmol.*, XVIII, 6.) — La circulation rétinienne en cas d'anémie consécutive à une hémorragie chronique et en cas de chlorose; ses relations avec l'hématopoïèse, par RARHLMANN. (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, décembre 1889.) — Contribution à l'étude de l'artérite spécifique de la rétine, par MAGNUS. (*Ibid.*, novembre 1889.) — Décollement de la rétine survenu consécutivement à une albuminurie pendant la grossesse; recollement de la lésion; mais perte de la vision persistante et totale à la suite de l'accouchement provoqué, par LOTZ. (*Ibid.*, septembre 1889.) — Dépôts de sels de chaux dans la tunique adventice épaissie des artères rétiniennes, par BOCK. (*Cent. f. prakt. Augenheilk*, octobre 1889.) — Moyen expérimental de produire le décollement de la rétine et déductions que l'on peut en tirer au point de vue de la théorie et du traitement, par NICATI. (*Soc. biologie*, 7 décembre 1889.) — Le traitement du décollement de la rétine par les injections intra-oculaires, par DUJARDIN. (*Journ. sc. méd.*, *Lille*, 28 mars.) — Cécité par embolie de l'artère de la rétine des deux yeux, par DUJARDIN. (*Journ. sc. méd.*, *Lille*, 14 février.) — Etude comparée du sarcome de la choroïde et du glioma de la rétine, par LAGRANGE. (*Soc. de méd. de Bordeaux*, 21 février.)

Rhumatisme. — Parallèle entre la fièvre rhumatismale et le rhumatisme chronique, par MOLLARD. (*Thèse de Paris*, 8 février.) — Etiologie de la fièvre rhumatismale, ses rapports avec d'autres maladies, par DELTON. (*Brit. med. journ.*, 1er mars.) — Cas de fièvre rhumatismale, par ALSTON. (*Lancet*, 25 janvier.) — Le rhumatisme chronique, par LANCEREAUX. (*Union méd.*, 9 janvier.) — Du rhumatisme, son traitement autrefois et aujourd'hui, effets de l'acide salicylique et de ses sels, par CHARTERIS. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 11 février.)

Rougeole. — Diagnostic différentiel entre la rougeole et la rubéole, par LOEB. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXX, 3.) — Rougeole suivie de pneumonie et d'accouchement prématuré chez une primipare, par FÜRUM. (*Med. News*, 8 mars.) — Rougeole et sublimé, notes sur une épidémie à intermittences régulières, par LOUIS. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — — La prophylaxie de la rougeole, par CANDLER. (In-8°, *Londres*.) — Observations et notes sur un nouveau moyen de prophylaxie et de traitement de la rougeole, par DUSE. (*Riv. clinica et terap.*, n° 12, p. 619, 1889.)

S

Salive. — Calculs salivaires, par CURTILLET. (*Lyon méd.*, 23 mars.)

Sang. — Procédé technique d'étude du noyau des globules blancs, par MAYER. (*Acad. des sc.*, 3 mars.) — Cristaux dans les globules du sang de l'embryon, par V. KOELLIKER. (*Verhandl. der. physik. medicin. Gesells. zu Würzburg.*, 1889, p. 6.) — Recherches de l'hémoglobine oxycarbonique, par A. WELZEL. (*Verhandl. der physik. medicin. Gesells. zu Würzburg.*, 1889, p. 3.) — Sur la richesse du sang en hémoglobine sous diverses

influences et particulièrement après l'administration des antipyrétiques, par PENZOLDT. (*Münch. med. Woch.*, 20 août.) — Influence de l'ascension à 300 mètres sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, par HÉNOCQUE. (*Soc. Biologie*, 16 novembre 1889.) — Perfectionnements dans l'emploi de l'hémocytomètre, par COPEMAN. (*Lancet*, 11 janvier.) — Extrêmes pressions sanguines, par WEIR MITCHELL. (*Med. News*, 18 janvier,) — Notes de physique sur le mouvement du sang dans les artères, par HOORWEG. (*Journ. of anat.*, avril.) — Des rapports qui existent entre la pression du sang, le nombre des battements du pouls et la vitesse de circulation du sang, par CLOPATT. (*Finska läkar. handlingar.*, XXX.) — Sur la théorie de la coagulation du sang de Freund, par LATSCHENBERGER. (*Med. Jahrb.*, LXXXIV, p. 479.) — Recherches expérimentales et cliniques sur l'influence des antipyrétiques sur le nombre des globules rouges, par FRAEFEL. (In-8°, 42 p., *Berne.*) — Recherches expérimentales sur l'action toxique du sang des pneumoniques et d'autres maladies infectieuses, par SCIOLLA et TROVATI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.) — De l'influence des injections interstitielles d'oxyde jaune de mercure sur les éléments globulaires du sang, par CONTE. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Étude morphologique du sang leucocythémique, par FAISSAS. (*Thèse de Lyon*, n° 502.)

Sarcome. — Sarcome mixte du fémur chez une femme de 25 ans, envahissement des veines par le néoplasme. Mort huit jours après l'amputation, par BARTELS. (*Berliner klinische Wochenschrift*, p. 89, 27 janvier.)

Saturnisme. — Saturnisme non suspecté chez un enfant, par BROWN. (*Brit. med. journ.*, 25 janvier.) — Le traitement de la paralysie saturnine, par GIBNEY. (*New York med. record.*, p. 482, 2 novembre 1889.)

Scarlatine. — Étude de la soi-disant scarlatine puerpérale, par REYNERS. (*Zeit f. klin. Med.*, XVII, suppl. *Band.*) — L'eucalyptus dans la scarlatine, par CURGENVEN. (*London epidem. Soc.*, 12 mars.) — Traitement prophylactique de la scarlatine, par DE ROSA. (*Giorn. intern. d. sc. med.*, n° 3.)

Sclérodermie. — Des lésions musculaires dans la sclérodermie, par THIBIERGE. (*Rev. de méd.*, avril.) — Le sclérème des adultes et sa pathogénie, par BOCK. (*Clinique*, 6 mars.)

Scrofule. — Traitement de la scrofule par les bains de mer, par BALDALONI. (*Arch. gén. d'hydrol.*, mars.)

Séreuse. — De la poliorroménite suraiguë maligne, maladie de Concato, par GALVAGNI. (*Riv. clin. e terap.*, XII.)

Serpent. — Le traitement des morsures de serpent, par MOUFFLET et KAUFMANN. (*Rev. scientif.*, 8 février.)

Sommeil. — L'insomnie et son traitement, par MACFARLANE. (In-8°, *Londres.*) — Le sommeil provoqué et les états analogues, par GINGEOT. (*Rev. gén. de clinique*, n° 3, p. 35.)

Spina bifida. — Coexistence de spina bifida et de mal perforant du pied chez un homme de 22 ans, par KROENLEIN. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 11, 1er janvier.) — Anatomie et histologie du spina bifida chez le poulet, par W. RICHTER. (*Verhandl. der physik. medicin. Gesellsch. zu Würzburg.*, 1889, p. 45.)

Strabisme. — Sur la mesure des déviations latentes et réelles, par BERRY (*Ophth. Soc. of unit. Kingdom.*, 13 mars.) — Opération du strabisme sans ténotomie, par PARENAUD. (*Acad. des sc.*, 14 avril.)

Sucre. — La formation du sucre dans l'économie animale, par J. Seegen. (*Berlin.*)

Sueur. — La toxicité de la sueur dans les maladies infectieuses aiguës, par Queirolo. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.)

Suppuration. — Sur un point de la pathogénie des suppurations, par Lemière. (*Journ. sc. méd.*, *Lille*, 21 février.)

Surdi-mutité. — L'enseignement des sourds-muets, par Couetoux. (*Rev. de laryng.*, 1er mars.)

Syphilis. — Sur la question, syphilis et irritation, par Plumert. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 1 et 2.) — Exception à la loi de Baumès, dite loi de Colles, par Merz. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1er novembre 1889.) — Analyse de 120 cas de syphilis congénitale à East London hospital, par Andrews, (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — Etiologie et pathogénie générale de la syphilis héréditaire, par Leloir. (*Journ. des connais. méd.*, p. 242, 1889.) — La mortalité des enfants hérédo-syphilitiques, par Mlle Krikus. (*Thèse de Paris*, 26 mars.) — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, par Mauriac. (In-8°, 1200 p., *Paris.*) — Lésions viscérales dans la syphilis héréditaire, par Hudelo. (*Thèse de Paris*, 26 février.) — Sur la réinfection syphilitique, par Salsotto. (*Osservatore*, n° 40, 1889.) — Des chancres extra-génitaux, par Neumann. (*Wiener klin. Woch.*, 10 avril.) — Longue incubation d'un chancre infectant et retard dans l'apparition des accidents secondaires, par Nivet. (*Journ. des mal. cutan.*, février.) — Sur un cas d'infection syphilitique extra génitale (plaie du rasoir inoculée par un pinceau à barbe), par Feibes. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 juin 1889.) — Chancre de la lèvre supérieure chez une fille de 16 ans, avec iritis et rétinite doubles et psoriasis du dos et des bras, par Schmidt-Rimpler. (*Ibid*, p. 67, 20 janvier.) — Du phagédénisme septique, par Jullien. (*Bull. méd.*, 30 avril.) — Cerveau dans un cas de syphilis congénitable, par Ashby. (*Manchester path. Soc.*, 12 février.) — Syphilis cérébrale précoce, par Moret. (*Union med. Nord-Est*, n° 1, p. 24.) — Les signes ophtalmoscopiques de la syphilis cérébrale, par Seggel. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIV, p. 407.) — De l'hémianopsie oscillante bitemporale comme signe de syphilis cérébrale de la base, par Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juillet 1888.) — Tumeur syphilitique de la dure-mère, opération, mort de septicémie, par Mitchell Clarke. (*Lancet*, 1er mars.) — Hémiplégie droite et aphémie dues à la syphilis, par Suckling. (*Midland med. Soc.*, 22 janvier.) — Les affections syphilitiques des nerfs et des organes des sens, par Mauriac. (*Rev. gén. de clinique*, n° 50, 1889.) — Erythème vermillon syphilitique du voile du palais, par Benoist. (*Thèse de Paris*, 13 février.) — Paralysie syphilitique de tous les muscles oculaires par une gomme de l'orbite, par Schmidt-Rimpler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 66, 20 janvier.) — Apparente transformation d'un syphilome de la langue en cancer. Excision au galvanocautère par F. Lydston. (*New York med. record*, p. 456, 26 octobre 1889.) — Sur le chancre syphilitique des paupières, par Fortuniades. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — Syphilide pigmentaire généralisée, par Audry. (*Ann. de dermat.*, I, n° 2.) — Du doigt syphilitique et des inflammations des orteils, par Koch. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 359.) — Syphilis de la clavicule, par Laporte. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Contribution à l'étude de l'arthrite syphilitique secondaire, par Cheminade. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 19 janvier.) — Des hydarthroses dans la syphilis récente, par Folinea, (*Incurabili*, décembre 1889.) — Des syphilides chancriformes des organes génitaux, par Rouschias. (*Thèse de Paris*, 23 avril.) — De la syphilis

vaginale secondaire, par BILLOIR. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.) — Traitement prophylactique de la syphilis par la destruction du chancre, par INGRIA. (*Gaz. d'Ospit.*, n° 5.) — Du traitement de la syphilis en Bosnie et en Herzégovine, par GLÜCK. (*Wiener med. Woch.*, n° 9.) — Les mesures répressives à l'égard des vénériens, autrefois, aujourd'hui, par BURET. (*Journ. des mal. cutan.*, février.) — Des agents de la médication interne de la syphilis, par FOURNIER. (*Rev. gén. de clinique*, n° 38, p. 607, 1889.) — Des injections mercurielles insolubles et de la méthode par ingestion, par FOURNIER. (*Ibid.*, n° 48, p. 767, 1889.) — Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure, par SZADECK. (*Wiener klin. Woch.*, 27 mars.) — Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de benzoate de mercure, par BALZER et THIROLOIX. (*La Médecine moderne*, 9 janvier.) — Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires d'oxyde jaune, par MACLAUD. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure, par COCHERY. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Traitement de la syphilis aux diverses périodes de la maladie par l'absorption des médicaments par la peau, par BRÉMOND. (*Journ. des mal. cutan.*, février.) — Du traitement du bubon vénérien suppuré, par LASSALLE. (*Journ. des mal. cutan.*, février.)

T

Tabac. — Des différents troubles causés par l'abus du tabac et en particulier des troubles cardiaques, par PATTE. (*Thèse de Lyon*, n° 506.)

Tænia. — Nouvelle étiologie du tænia saginata chez l'homme, par PASQUALE. (*Giorn. med. d. real. esercc., Roma*, n° 37, 1889.) — Réflexions sur la tænia infantile et en particulier sur son traitement, par DESCROIZILLES. (*Rev. gén. de clinique*, n° 47, p. 751, 1889.)

Teigne. — Du champignon favique dans le favus herpeticus, par ELSENBERG. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 1 et 2.) — Différence spécifique entre le champignon de la teigne des poules et celui de la teigne faveuse, démontrée par la culture, par MÉGNIN. (*Journ. des connais. méd.*, 27 mars.) — De l'onychomicosis faveux, par FABRY. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 1 et 2.) — De la trichophytie du cuir chevelu et de son traitement. (*Rev. gén. de clinique*, n°s 40, 41, 42 et 44, 1889.) — Du favus et de son traitement, par BROCQ. (*Ibid.*, n° 45, p. 721, 1889.) — Traitement des folliculites et des périfolliculites décalvantes, par BROCQ. (*Ibid.*, n° 3, p. 33.) — Traitement local de la tricophytie du cuir chevelu, teigne tondante, par BROCQ. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 2.) — Traitement de la teigne tondante, par QUINQUAUD. (*Tribune méd.*, 6 février.) — La nature contagieuse du sycosis, par BROOKE. (*Brit. journ. of Dermat.*, décembre 1889.) — Sycosis, par KNOTT. (*Lancet*, 8 février.)

Température. — Recherches sur les variations thermométriques au point de vue de l'hygiène; de la nuit médicale, par ONIMUS. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — Températures limites pour la vie du cœur des mammifères, par NEWELL MARTIN et APPLEGARTH. (*Studies from phys. laborat. Hopkins Univ.*, IV, 5.)

Tendon. — Sur la tuberculose des synoviales tendineuses, par TÉDENAT. (*Montpellier méd.*, février.)

Testicule. — De la cytodiérèse dans le testicule des solipèdes, par Montané. (*Soc. biologie*, 30 novembre 1889.) — De la cytodiérèse dans le testicule du rat, par Montané. (*Ibid.*, 21 décembre 1889.) — Des injections de suc testiculaire de Brown-Séquard, par Kosturin. (*Wratch*, n° 5.) — Applications thérapeutiques des injections de liquide testiculaire (dans les cas de stupeur), par Mairet. (*Bull. méd.*, 12 février.) — Gangrène du scrotum, guérison, par Gibbon. (*Lancet*, 5 avril.) — Des pneumocèles scrotales, par Verneuil. (*Acad. des sc.*, 24 février.) — De la névralgie du testicule, par Peyer. (*Int. cent. f. Phys. d. Harn. u. Sexualorg.*, n° 1, 1889.) — Névralgie testiculaire, par Péaner. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 484.) — De l'orchite lymphatexique, par Walence. (*Arch. de méd. nav.*, janvier.) — Des hématocèles enkystées du cordon spermatique (vaginalites tuniculaires hémorragiques), par Legueu. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Un cas anormal d'hématocèle extravaginale, par M'Carthy. (*Lancet*, 15 mars.) — Une castration pour hématocèle, par F. Thompson. (*Journal of Amer. Assoc.*, 14 décembre 1889, p. 860.) — Anatomie pathologique de la tuberculose du testicule, par Eilers. (*Thèse de Würzburg*, 1889.) — Sarcome du testicule chez le chien, par Barral. (*Lyon méd.*, 12 janvier.) — Extirpation des vésicules séminales, par Ullmann. (*Cent. f. Chir.*, n° 8.) — Traitement du testicule ectopique, par Watson Cheyne. (*Brit. med. journ.*, 15 février.) — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, par Duchesne. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, par Tuffier. (*Gaz. des hôp.*, 29 mars.)

Tétanie. — De la tétanie, par Jaksch. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*)

Tétanos. — Recherches de Kitasato sur le bacille de Nicolaier, par Bossano. (*Gaz. des hôp.*, 15 février.) — Le bacille du tétanos, par Buchanan. (*Glasgow med. journ.*, février.) — Des inoculations tétaniques chez les animaux, par Kitt. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 10.) — La cause et la nature du tétanos, par Vaughan. (*Trans. of Michigan med. Soc.*, n° 18, 1889.) — Sur l'origine infectieuse du tétanos des nouveau-nés, par Lop. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 696.)—Etiologie du tétanos traumatique par Petroff. (*Russkaia med.*, n° 7, 1889.) — Sur le tétanos céphalique avec hémiplégie faciale, par Albert. (*Thèse de Lyon*, n° 499.) — Note sur un cas de tétanos céphalique avec paralysie faciale, par Lannois. (*Rev. de méd.*, février.) — Deux cas de tétanos puerpéral, par Outcherlony. (*Americ. practitioner*, 18 janvier.) — Deux cas de tétanos chez l'enfant, par Fussell. (*Med. News*, 8 février.) — Un cas de tétanos spontané, par Bouchaud. (*Journ. sc. méd., Lille*, 21 février.) — Note sur un cas de guérison de tétanos dit spontané, par Paris. (*Union méd.*, 18 janvier.) — Tétanos traumatique, section nerveuse, mort, par Mowat. (*Lancet*, 4 janvier.)

Thérapeutique. — Manuel de matière médicale et de thérapeutique, par Potter. (2e édition, *Philadelphie.*) — De l'action physiologique des médicaments comparée à leur action thérapeutique, par Huchard. (*Soc. de thér.*, 26 mars.) — Remèdes nouveaux et vertus nouvelles de remèdes anciens, par Malacrida. (In-16, *Milan.*) — Les insectes vésicants, par Beauregard. (*Rev. gén. des sc. pures*, 15 février.) — Sur les diurétiques, par Lépine. (*Semaine méd.*, 26 mars.) — Les effets thérapeutiques et toxiques du chanvre indien, par Reynolds. (*Lancet*, 22 mars.) — Un antiseptique médical, la cocaïne, par Luton. (*Rev. gén. de clinique*, n° 44, p. 707, 1889.) — Action contraire de la quinine, par Trabut. (*Bull. méd. de l'Algérie*, janvier.) — Des propriétés thérapeutiques de la colchicine,

par ABADIE. (*Union médicale*, 22 avril 1889.) — Thérapeutique de la digitale, par WOOD. (*Med. News*, 1er février.) — De la valériane et de ses préparations, par YVON. (*Arch. de neurol.*, n° 56.) — L'alcool et la créosote comme stomachiques, par KLEMPERER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, *Suppl. Band.*) — Remarques sur l'utilité de quelques nouveaux médicaments (sulfonal, phénacétine, antipyrine en injections hypodermiques, glycérine en lavements), par OBERMAUS. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 236.) — Effets secondaires désagréables du sulfonal, par REHM. (*Berl. klin. Woch.*, 22 avril 1889.) — Le sulfonal, ses doses, ses effets, par BROWNING. (*N. York med. record*, 20 juillet 1889.) — Du traitement par le sulfonal et le chloralamide, par UMPFENBACH. (*Therap. Monats.*, n° 2.) — De la pepsine et du glycérite de pepsine comme adjuvant de la diète lactée, par WOODBURY. (*Med. News*, 4 janvier.) — De l'administration de l'iode sous forme de vin iodé, par BARNOUVIN. (*Bull. gén. de thér.*, 14 février.) — Quelques applications de l'iodol, par CERNA. (*Med. News*, 8 mars.) — Des inconvénients du coton iodé, par CRÉQUY. (*Soc. de thérap.*, 26 février.) — Note sur les effets physiologiques des lavements gazeux d'ammoniaque, par COMBEMALE. (*Soc. biologie*, 14 décembre 1889.) — Action analgésique du méthylacétanilide ou exalgine, par FRASER. (*Brit. med. journ.*, 15 février.) — Du chloralamide comme hypnotique, de son action chez les aliénés, par STRAHAN. (*Lancet*, 15 février.) — Comment il faut administrer le bromure de potassium, par W. PETIT. (*Mercredi méd.*, 29 janvier.) — De la saccharine et de son emploi pour rendre à l'urine son acidité, par A. H. SMITH. (*New York med. record*, p. 541, 16 novembre 1889.) — Sur l'aristol, par BOYMOND. (*Soc. de thérap.*, 12 mars.) — Action analgésique de la méthylacétanilide ou exalgine, par FRASER. (*Bull. gén. de thér.*, 15 mars.) — De l'antisepsie par la résorcine dans le traitement de la diphtérie, de la tuberculose pulmonaire, de la coqueluche et du chancre mou, par LEBLOND et BAUDIER. (*Journ. de méd.*, *Paris*, septembre 1889.) — De l'antipyrine dans certaines affections nerveuses de l'enfance, chorée, par BOUISSON. (*Thèse de Lyon*, n° 497.) — Des crayons plastiques médicamenteux à base de savon, par GARESNIER. (*Journ. conn. méd.*, 2 janvier.) — Sur la valeur physiologique et thérapeutique du fer inorganique, par COPPOLA. (*Sperimentale*, mars.) — Inhalations d'air chaud avec l'appareil de Weigert, par V. CERVELLO. (*Sicilia medica*, n°s 11 et 12, p. 833, 1889.)

Thorax. — Kyste dermoïde de la paroi du thorax communiquant avec une bronche, par GODLEE. (*Med. Chir. Trans.*, LXXII, p. 317.) — Un cas de tumeur du médiastin, lympho-sarcome, par WILLIAMSON. (*Lancet*, 1er février.) — Plaie pénétrante de l'espace de Traube, par DUPLAY. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.)

Thrombose. — Thrombose cachectique, par VAQUEZ. (*Thèse de Paris*, 26 février.) — Deux cas de thrombose des sinus cérébraux, par DUCKWORTH. (*London clin. Soc.*, 14 février.) — Thrombose de l'artère mésentérique inférieure et gangrène du côlon, par ADENOT. (*Revue de méd.*, mars.) — Thrombose de l'artère cérébrale moyenne, tuberculose généralisée, par NORTHRUP. (*New York med. record*, p. 666, 14 décembre 1889.)

Thymus. — Étude des cas de mort subite par hyperplasie du thymus, par SCHMIDLE. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, suppl. Band.)

Thyroïde. — Contribution à la physiologie du corps thyroïde, par FANO et ZANDA. (*Arch. par le sc. med.*, XIII, 4.) — Pigmentation du corps thyroïde sénile, par PHILIPP. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 82, 17 janvier.) — Notes

sur des affections du corps thyroïde, par BERRY. (*Pathol. Soc. of London*, 21 janvier.) — Goitre amenant le ramollissement des cartilages de la trachée, enfant de 14 ans, trachéotomie, mort, par CURGENVEN. (*Lancet*, 15 mars.) — Sarcome de la glande thyroïde, par SYDNEY JONES. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.) — Cancer de la thyroïde, par SMITH. (*Brit. med. journ.*, 1er mars.) — Thyroïdectomie totale pour un goitre suffocant, par MONTAZ. (*Le Dauphiné méd.*, n° 2, février.) — Sur la valeur diagnostique du symptôme de Charcot-Vigouroux dans le goitre exophtalmique, par EULENBURG. (*Cent. f. klin. Med.*, 4 janvier.) — Contribution à l'étude de la nutrition dans l'état normal et dans la fièvre du goitre exophtalmique, par GILLES DE LA TOURETTE et ZAGUELMANN. (*Nouvelle iconographie phot. de la Salpêtrière*, n° 6, p. 305, 1889.) — Le goitre exophtalmique, l'émotivité et l'émotion ; comment le psychique devient physique ; lésions par hyperfonctionnement ; cas frustes devant expliquer les cas complets, par PETER. (*Bullet. méd.*, 23 avril.)

Trachée. — De la trachéite chronique, son traitement antiseptique, par DE BACKER. (*Rev. gén. de l'antisepsie*, 25 janvier.) — Double trachéotomie, diphtérie, rougeole dans la convalescence, mort, bourgeons polypiformes au niveau du cartilage cricoïde, par DURAND. (*Lyon méd.*, 5 janvier.)

Tremblement. — Nouvelle méthode pour la représentation graphique du tremblement, par S. FUBINI. (*Untersuch. zur Naturlehre. von Jac. Moleschott.* Band XIV, p. 35.)

Trépanation. — Deux cas de trépanation pour traumatisme, par SHEEN. (*Brit. med. journ.*, 1er février.) — Deux cas de plaie grave de la tête, trépanation, guérison, par HASLAM. (*Brit. med. journ.*, 15 février.) — Trépanation pour une ancienne hémiplégie avec céphalée intense, par WHITE. (*London clin. Soc.*, 14 février.) — Trépanation pour abcès du sinus frontal, par MILLER. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 5 février.)

Tuberculose. — Tuberculose des animaux domestiques, ses rapports avec la phtisie humaine, par MAC FADYCAN. (*Sanitar. journ. Glasgow*, n° 13.) — Tuberculose chez les oiseaux, ses rapports avec la lèpre, par SIBLEY. (*London path. Soc.*, 1er avril.) — Substances solubles favorisantes fabriquées par un bacille tuberculeux, par COURMONT. (*Lyon méd.*, 19 janvier.) — Une méthode de coloration du bacille tuberculeux, par KITT. (*Monat. f. prakt. Thierheilk.*, I, 3.) — Sur la culture du bacille tuberculeux sur la pomme de terre, par SCHILLER. (*Arbeit. aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, V, p. 312.) — Appareil simple pour la coloration du bacille tuberculeux, par SCHMIDT-MULHEIM. (*Arch. f. animal. Nahrungsmitt*, V, 5.) — Sur le passage du virus tuberculeux par le tube digestif du chien, par ZAGARI. (*Giorn. intern. d. sc. med.*, n° 9.) — De la dissémination des bacilles de la tuberculose en dehors de l'organisme, par CORNET. (*Ann. de microg.*, janvier.) — La contagiosité de la phtisie pulmonaire, par CIMBALI. (*Sperimentale*, janvier.) — De la contagion de la phtisie pulmonaire et des moyens de s'en préserver ; son traitement, par DIVET. (*In-8°, Rennes.*) — Note pour servir à l'étude étiologique de la phtisie pulmonaire, par LEUDET. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er mars.) — L'étiologie et la prophylaxie de la phtisie, par RANSOME. (*Brit. med. journ.*, 1er mars.) — De la transmissibilité de la tuberculose par l'embouchure des instruments de musique, par MALJEAN. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Un cas de tuberculose chez le porc, tubercules dans le tissu musculaire, par MOULÉ. (*Rec. de méd. vétér.*, n° 24, 1889.) — De la tuberculose intestinale primi-

tive, produite par infection alimentaire, par HERMSDORF (*Inaug. Diss. Munich*, 1889.) — De la tuberculose d'origine cutanée, par TARDIVEL. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Le beurre naturel comme agent de transmission de la tuberculose, par GASPERINI. (*Giorn. d. Soc. ital. d'igiene*, n° 1.) — Notes cliniques et bactériologiques sur les observations d'infection tuberculeuse par les voies génitales chez la femme, par ROTH. (*Cagliari*, 1889.) — De la tuberculose locale suite de traumatisme, par LILIENTHAL. (*Inaug. Diss. Iena*, 1889.) — Pleurésie tuberculeuse et phtisie caséeuse, par LIBERMAN. (*Gaz. des hôp.*, 3 avril.) — De l'élévation de température dans les poumons phtisiques enterrés, par SCHOTTELIUS. (*Cent. f. Bakteriol.*, VII, n° 9.) — Phtisie aiguë terminée par gangrène de la face et abcès cérébral, par EDMUNDS. (*Lancet*, 11 janvier.) — Tuberculose pulmonaire. Salpingite tuberculeuse double, par FAURE-MILLER. (*Bull. Soc. anat.*, p. 168, 21 mars.) — De la prophylaxie de la tuberculose, par ZAMBELLI. (*Raccoglitore med.*, n° 8, 1889.) — De l'action des climats maritimes sur les affections tuberculeuses, par HAMEAU. (In-8°, *Paris.*) — Sur le traitement de la tuberculose, par E. DE RENZI. (*Rivista clin. e terap.*, n° 1, p. 1.) — Où doit-on envoyer les phtisiques pendant la mauvaise saison ? par ELOY. (*Rev. gén. de clinique*, n° 49, 1889.) — Appareils nouveaux destinés au traitement de la phtisie pulmonaire, par LEY. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mars.) — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les climats d'altitude, par MORIN. (*Revue médic. Suisse romande*, X, p. 5, janvier.) — Les composés fluorés et en particulier le fluorure de bore dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par ALVARO-ALBERTO. (In-8°, *Paris.*) — Le traitement des tuberculoses par le cuivre, par LIÉGEOIS. (*Bull. méd. des Vosges*, janvier.) — Tuberculose pulmonaire, bronchite chronique, dilatation des bronches, traitement par le gaïacol iodoformé, par PICOT. (*Gaz. hebd. sc. méd. de Bordeaux*, 9 février.) — Du pansement des plaies et des ulcérations tuberculeuses avec le naphtol camphré, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clinique*, n° 44, p. 703, 1889.)

Typhoïde (fièvre). — De l'origine aquatique de la fièvre typhoïde, épidémie de Mouillepieds, près Rochefort, par DENIS. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — De la proximité des puits et des fosses d'aisances comme cause des fièvres typhoïdes à Montpellier, par BERTIN-SANS. (*Montpellier méd.* 1er janvier.) — Recherches expérimentales sur le bacille typhique, par HOLZ. (*Zeit. f. Hygiene*, VIII, 1.) — Le bacille typhique, recherches expérimentales, par COHEN. (*Med. Age*, n° 2.) — Réaction négative par l'indol du bacille typhique, par KITASATO. (*Zeit. f. Hyg.*, VII, p. 515.) — Recherches sur le bacille typhique et la transmission de la fièvre typhoïde par l'air, par BORDAS. (*Rev. gén. des sc. pures et appliquées*, 15 mars.) — Fièvre typhoïde, bacille d'Eberth et bacillus coli communis, par RODET. (*Lyon méd.*, 9 mars.) — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur le 23e régiment d'infanterie et sur la population de Bourg, décembre 1888, janvier 1889, par AUBERT. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Compte rendu sommaire des cas de fièvre typhoïde observés pendant l'année 1889, par SOREL. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 janvier.) — Epidémie de fièvre typhoïde du village de Romagné (commune de Saint-Xandre) en 1886, par PURREY. (*Bull. Soc. de méd.*, p. 76, *La Rochelle*, 1887.) — Une des causes de la fièvre typhoïde, par W. THORNTON. (*New York med. record*, p. 627, 7 décembre 1889.) — Sur deux épidémies de fièvre typhoïde observées à la caserne Riquier, à Nice, par ARNAUD. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Sur l'épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison de Poitiers, par BROSSARD. (*Poitou méd.*, mars.) — Observations sur une

petite épidémie de fièvre typhoïde, par Cortella. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 13.) — De la propagation de la fièvre typhoïde, par Lasseur. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — Diagnostic de la fièvre typhoïde dans le premier septénaire, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 18 mars.) — Formes abortives de la fièvre typhoïde, éléments d'un diagnostic précoce, conduite du médecin dans la pratique, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 23 janvier.) — De l'étiologie des complications de la fièvre typhoïde, par Kamen. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 3.) — De la symptomatologie de la fièvre typhoïde dans les pays chauds, par Torres-Homem. (*Rev. gén. de clinique*, n° 41, p. 657, 1889.) — La distension abdominale dans la fièvre typhoïde, ses dangers, son traitement, par Maclagan. (*Lancet*, 8 mars.) — Fièvre typhoïde chez un jeune phtisique avancé, par Shaw. (*Lancet*, 15 mars.) — Le foie dans la fièvre typhoïde, par Legry. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Eschare et abcès du rein chez une typhique, par Michon. (*Lyon méd.*, 16 février.) — Mort subite dans la fièvre typhoïde par embolie de l'artère pulmonaire, par Larcher. (*Prager med. Woch.*, 22 janvier.) — Exanthème rubéoliforme du déclin de la fièvre typhoïde, par Lory. (*Thèse de Paris*, 23 janvier.) — Desquamation à la troisième semaine de la fièvre typhoïde, par Rellemon. (*London clin. Soc.*, 10 janvier.) — Accès de hypémanie au déclin d'une fièvre typhoïde, par Pagliano. (*Marseille méd.*, n° 1, p. 32.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand, par Azam. (*Thèse de Paris*, 8 janvier.) — Le traitement de la fièvre typhoïde par le bain prolongé, par Barr. (*Lancet*, 15 mars.) — Technique de la méthode de Brand, par Cochez. (*Rev. gén. de clinique*, n° 34, p. 546, 1889.) — De l'action de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde, par Cadet de Gassicourt. (*Ibidem*, n° 1, p. 1.) — Emploi de la térébenthine dans la fièvre typhoïde, par Wenn. (*Med. News*, 8 mars.)

U

Ulcère. — Des ulcères perforants, suite de névrite, par Helbing. (*Inaug. diss. Tubingue*, 1889.) — Un cas de mal perforant du pied, par Robertson, (*Glasgow med. journ.*, p. 421, octobre 1889.) — Désarticulation de quatre métacarpiens droits chez une fille de 29 ans, pour un mal perforant datant de 12 ans; 3 ans plus tard, apparition d'ulcères semblables à la jambe, à la face dorsale du médius et de l'annulaire gauches, sans signes de tabes, par L''ning. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 13, 1er janvier.) — De l'ulcère phagédénique observé au Tonkin, étude clinique, recherches microbiennes et expérimentales, par Boinet. (*Ann. de dermat.*, I, n° 3.) — Du traitement de l'ulcère circulaire incurable de la jambe, par l'amputation tibio-tarsienne avec transplantation des tissus de la plante et du dos du pied en avant et en arrière de la jambe, par Keetley. (*Lancet*, 1er février.) — Sur l'emploi du pansement d'Unna pour les ulcères de jambe, par Makins. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.)

Urémie. — Utérus, rectum et rein gauche d'une femme morte d'urémie, par Duncan. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 255.) — Convulsions urémiques arrêtées par la morphine, par Bowles. (*New York med. record.*, p. 691, 7 octobre 1889.) — L'urémie, par L. Landois. (*Vienne.*)

Urètre. — Diverticules de l'urètre, par Roum. (*London Obstet. Soc.*, 5 février.) — Recherches sur l'asepsie dans le cathétérisme, par Albarran. (*Ann. mal. org. génit. urin.*, janvier.) — Du catarrhe de l'urètre antérieur

chez l'homme et de son traitement par le massage sous forme de dilatation progressive et par les lavages à l'eau chaude à haute pression, par HASENIC. (*Rev. d'hyg. thérap.*, janvier.) — Sur l'urétrite chronique intente chez l'homme, par FINGER. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 4.) — De l'urétrite papillomateuse, par OBERLAENDER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 5.) — Rétrécissement de l'urètre, opération de Le Fort, chute de la bougie conductrice dans la vessie, urétrotomie interne, extraction du corps étranger à l'aide d'un brise-pierre exploateur, guérison, par MALHERBE et VOREZ. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, février.) — Sur le traitement de quelques rétrécissements de l'urètre, par l'urétrotomie externe et interne combinée, par MAUROUX. (*Thèse de Lyon*, n° 513.) — Rétrécissements traumatiques, par GUYON. (*Mercredi méd.*, 5 mars.) — Sonde vissée sur une bougie conductrice et destinée à faciliter le passage du bout postérieur au bout antérieur après l'urétrotomie externe, par KIRMISSON. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XV, p. 690.) — Des résultats éloignés fournis par l'urétrotomie externe dans les rétrécissements accusés de l'urètre, pour servir à l'histoire de leur guérison rapide et définitive, par PHÉLIP. (*Rev. de chir.*, janvier.) — Quatre années d'expérience de rétrécissements de l'urètre, traités par l'électrolyse, 56 observations, par BRUCE CLARKE. (*Brit. med. journ.*, 19 avril.) — De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, par BRAQUEHAYE. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 12 janvier.) — De l'emploi des sondes à demeure et moyens de les fixer, par PILZ. (*Cent. f. Chir.*, 19 avril.) — Moyen simple de fixer les sondes élastiques dans l'urètre après l'opération de la boutonnière, par LAUENSTEIN. (*Cent. f. Chir.*, n° 9.) — Un nouvel instrument pour opérer les tumeurs bénignes de l'urètre, endoscope-caronculotome, par FEDSCHENKO. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 8.)

Urinaires (Voies). — Recherches anatomiques sur l'innervation de l'appareil urinaire chez l'homme, par GUINARD et DUPRAT. (*Ann. mal. org. génit. urin.*, avril.) — De l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires, par BAZY. (*Semaine méd.*, 5 mars.) — Contribution à l'antisepsie urinaire, par TUFFIER. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, mars.) — Anurie consécutive à un épithéliome des voies urinaires, par GUYON. (*Ibid.*, mars.) — Traitement des fistules urinaires calleuses du périnée et du scrotum, par EBERMANN. (*Int. cent. f. Phys. d. Harn und Sexuelorg.*, n° 5, 1889.) — Liste complète de tous les calculs urinaires traités à Saint-Thomas de 1869 à 1888, par SOLLY. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XVIII.)

Urine. — De l'action de l'urine fraîche de l'homme sain sur les microorganismes, par LEHMANN. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 15.) — Sur l'acidité de l'urine sous le rapport physiologique et pathologique, par RINGSTEDT. (*Arsb. fran Sabbatsbergs Sjukhus, Stockholm*, 1889.) — Note sur le pouvoir toxique de l'urine dans l'épilepsie, par DENY et CHOUPPE. (*Soc. Biologie*, 30 novembre 1889.) — Recherches expérimentales de la toxicité urinaire dans la pneumonie palustre, le mal de Bright, l'endocardite rhumatismale, par BONNET. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n°s 4 et 5.) — De la toxicité de l'urine dans la pneumonie, par PAWESI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.) — Histoire de l'acide urique dans l'urine, la formation des dépôts et concrétions uratiques, par ROBERTS. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 25 mars.) — Sur quelques substances de l'urine réduisant l'oxyde de cuivre par l'ébullition en présence d'un alcali, par ASHDOWN. (*Brit. med. Journ.*, 25 janvier.) — Dosage de l'acide urique des urines, au moyen d'une solution d'hypobromite de soude à chaud, par BATRAC. (*Acad. des sc.*, 17 février.) — Du dosage de l'urée, par CRUISE. (*Lancet*, 22 mars.) — Urine bleue, cyanurie, par PHILLIPS. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 256.)

— De la valeur séméiologique de l'hypoazoturie au point de vue du diagnostic et du pronostic des affections chirurgicales, par HARTMANN et GUNDELACH. (*Ann. de Gynéc.*, janvier.) — Régime alimentaire dans l'insuffisance urinaire, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Soc. de thérap.*, 8 janvier.) — Fièvre urineuse et antisepsie urinaire, par TUFFIER. (*Semaine méd.*, 29 janvier.) — Sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la rétention d'urine, par GUYON. (*Acad. des sc.*, 24 février et *Ann. mal. des org. gén. urin.*, mars) — Sur la valeur du rhus-aromatica dans l'incontinence d'urine, par STOCQUART. (*Arch. de méd. belge*, n° 1.) — Dysurie sénile, note complémentaire sur son étiologie, par DIDAY. (*Lyon méd.*, 23 mars.)

Utérus. — Anatomie de l'utérus gravide, par ROMITI. (*Monit. zoolog. ital.*, janvier.) — Du rôle des lymphatiques dans les inflammations de l'utérus, des annexes et du péritoine pelvien, par POIRIER. (*Progrès médical*, 18 janvier.) — Relevé des opérations gynécologiques d'une année, exposé des méthodes, par MAURY. (*Med. News*, 4 janvier.) — Valeur de la position genu-pectorale dans la thérapeutique gynécologique, par MARTIN. (*Ibid.*, 22 février.) — Nécessité d'un diagnostic précis en gynécologie; diagnostic histologique des endométrites, par PETIT. (*Nouv. arch. d'obst.*, janvier.) — Inflammations des annexes de l'utérus, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 8 avril.) — Discussion sur l'endométrite du corps de l'utérus, fréquence, diagnostic, traitement. (*Brit. med. Assoc.* et *Brit. med. Journ.*, 1er février.) — Pathogénie et étiologie des métrites, par POZZI. (*Mercredi méd.*, 9 avril.) — Des métrites, par DE GRANDMAISON. (*Gaz. des hôp.*, 8 mars.) — De la métrite disséquante, par HOECHSTENBACK. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVII, 2.) — Tuberculose du vagin et du col de l'utérus, par DAURIOS. (*Rev. méd. chir. des mal. des femmes*, 25 mars.) — Traitement des endométrites, par REYNIER. (*Gaz. des hôp.*, 1er avril.) — Le crayon de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites, parallèle avec le curettage de la cavité utérine, par BATUAUD. (*Rev. méd. chir. des mal. des femmes*, 25 février.) — Sur quelques points de thérapeutique péri-utérine, par TRIPIER. (*Bull. gén. de thér.*, 30 mars.) — Curettage de la muqueuse intra-utérine, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thér.*, 30 mars.) — Traitement des endométrites par le curettage utérin, par BOUILLY. (*Bulletin méd.*, 23 février.) — Curettage ou curage de l'utérus, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 25 février.) — Du curage de l'utérus, par PICHEVIN. (*Ibid.*, 5 avril.) — Du traitement chirurgical de l'endométrite chronique, par PICHEVIN. (*Ibid.*, 19 avril.) — Curage de l'utérus, par POTHERAT. (*Ann. de Gynéc.*, mars.) — Du curettage de l'utérus dans l'endométrite et de quelques-unes de ses complications, par POTHERAT, (*Rev. gén. de clinique*, nos 34 à 43, 1889.) — Des opérations applicables au traitement de l'endométrite chronique, par PICQUE. (*Ibid.*, n° 8, p. 113.) — Traitement de l'endométrite aiguë par le drainage, sur l'incision de la paroi cervicale antérieure dans certains cas chroniques, par POLK. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — Importance du drainage dans le traitement des maladies utérines, par WYLIE. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — Traitement de l'endométrite aiguë par le drainage, par POLK. (*Ibid.*, janvier.) — De l'hématocèle intra-péritonéale spontanée chez la femme, par SURER. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Relations pathologiques de la pelvipéritonite et de la pyosalpingite, par DURET. (*Journ. sc. méd. Lille*, 7 mars.) — De la salpingite utérine par BORTH. (*Gaz. méd. Paris*, 29 mars.) — Hématocèle rétro-utérine, traitement chirurgical, par ROUTIER. (*Ann. de Gynéc.*, janvier.) — Cellulite pelvienne ou pelvi-cellulite, par CHÉRON. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 mars.) — Occlusion de la trompe dans les inflammations, par ALBAN DORAN. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 344.) — Hématosalpinx et hématocèle intra-péritonéale par la

rupture d'une veine variqueuse de la trompe, par CULLINGWORTH. (*Ibid.*, XXXI, p. 257.) — Abcès du foie, secondaire à une péritonite septique grave, suite de salpingite, par LINDSAY STEVEN. (*Brit. med. journ.*, 8 fév.) — Des salpingites, anatomie pathologique, pathogénie, étiologie, diagnostic et traitement, par OZENNE. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Pathologie et traitement des inflammations intra-pelviennes, par MAC MUTRY. (*New York med. record.*, p. 511, 9 novembre 1889.) — Notes sur quelques affections utérines traitées par le massage, par LEBLOND. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 janvier.) — Modification du procédé de Schrœder, par DECRENAC. (*Bull. méd.*, 2 avril.) — Oophoro-salpingectomie pour troubles nerveux graves, par MARACEO. (*Med. and surg. Reporter*, 1er juin 1889.) — Laparotomie pour salpingite suppurée avec adhérences vésico-utérines. Accidents d'intoxication iodoformique et septique. Guérison sans fièvre, par WYDER. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 décembre, 1889.) — Remarques sur le traitement local chez les filles vierges, par GEHRUNG. (*Americ. journ. of obst.*, septembre 1889.) — De l'électrothérapie dans les avortements provoqués et les strictures du col, par BAYER. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 358.) — Section de l'utérus à différentes périodes de puerpéralité, montrant l'absence des prétendues dégénérescences graisseuses, par GRIFFITH. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 308.) — Stérilité et dysménorrhée causées par les flexions, traitement, par TALBOT. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — Etiologie de l'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col utérin, par VILLA. (*Ann. di Ostretric.*, mars-avril.) — Pathogénie et traitement des déviations utérines, par DOLÉRIS. (*Nouv. Arch. d'obst.*, janvier.) — Sur les changements dans le plancher pelvien qui accompagnent les plus légers degrés de prolapsus, par HERMAN. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 276.) — Hystéropexie contre le prolapsus utérin, par OZENNE. (*Bull. méd.*, 8 janvier.) — Hystéropexie vaginale, nouvelle opération contre les déviations utérines, par DEBAYLE. (*Thèse de Paris*, 23 janvier.) — De l'hystéropexie, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 12 mars.) — Un cas d'hystéropexie pour rétroflexion utérine, par CUZZI. (*Riv. di ostet.*, I, n° 3.) — De la ventrofixation de l'utérus, par PRAEGER. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 avril.) — Ventrofixation d'un utérus prolabé, par ENGSTRÖM. (*Finska laekar. handlingar*, XXXII, n° 3.) — Inversion d'un utérus non puerpéral, par DODGE. (*Americ. journ. of obst.*, avril.) — Inversion de l'utérus, réduction, par BRAXTON HICKS. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 340.) — Inversion totale de l'utérus, injection saline intra-veineuse, guérison, par BERGSTRAND. (*Hygiea*, juin 1889.) — Rétroversion de l'utérus gravide, mort par rupture de la vessie et péritonite, par OLIVER. (*Lancet*, 22 mars.) — Rétroflexion de l'utérus gravide prise pour un kyste ovarique, laparotomie, mort, par BOLDT. (*Centr. für Gyn.*, 25 janvier.) — Rétroversion de l'utérus gravide, redressement, guérison, par BRAMWELL. (*Lancet*, 12 avril.) — Volumineux myome du ligament gauche, par DUNCAN. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 309.) — Myome utérin, par LAWSON TAIT. (*Birmingham med. Review.*, p. 1, 1889.) — Tumeur fibro-cystique de l'utérus, par J. BALDY. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 9 novembre 1889, p. 682.) — Des fibromes intra-utérins ulcérés, par ELY VAN WARKER. (*Ibid.*, 7 novembre 1889, p. 465.) — Note sur un cas de fibrome utérin pédiculé et douloureux, par GROSS. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 2, p. 40.) — Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement de fibro-myomes utérins, par PICHEVIN. (*Gaz. des hôp.*, 18 janvier.) — Traitement des fibro-myomes utérins par l'électricité, par GIESELER. (*Thèse de Paris*, 26 mars.) — Traitement électrique des tumeurs fibreuses par le tampon, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 18 février.) — Fibrome utérin traité deux ans par la méthode d'Apostoli, accroissement des hémorragies, hystérectomie,

par Preiss. (*N. York obst. Soc.*, 7 janvier.) — De l'excision des gros polypes de l'utérus, particulièrement des polypes géants de cet organe, par Guermot. (*Journ. de méd. Paris*, 5 janvier.) — Une nouvelle méthode, intra-abdominale mais extra-péritonéale, de fixation du pédicule dans l'hystérectomie sus-vaginale pour fibromes; 4 cas avec guérison, par Gofre. (*Amerik. journ. of obst.*, avril.) — Amputation sus-vaginale de l'utérus pour myomes multiples compliquant une grossesse au 3e mois; guérison, par Weber. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 14, 1er janvier.) — Amputation sus-vaginale de l'utérus pour fibrome kystique. Abandon du pédicule dans la cavité abdominale. Guérison, par Weber. (*Ibid.*, 1er janvier.) — Fibrome utérin et grossesse, myomectomie, guérison, la grossesse continue, par Routier. (*Ann. de Gynéc.*, mars.) — Du choix des méthodes dans le traitement du cancer utérin, par Jacobs. (*Med. News*, 18 janvier.) — Diagnostic précoce de l'épithélioma utérin, par Petit. (*Soc. obst. et Gynéc. Paris*, 13 février.) — Sarcome du fond de l'utérus, par Terrillon. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XV, p. 667.) — Présentation de deux utérus après extirpation totale et d'un utérus après opération césarienne, par Niebering. (*Verhandlung. der. physik. medicin. Gesellsch. zu Würzburg.*, 1889, p. 14.) — Adéno-sarcome de l'utérus, par Emmet. (*N. York obst. Soc.*, 17 décembre 1889.) — Adénome papillaire diffus du corps de l'utérus, extirpation vaginale de l'utérus, guérison, par Coe. (*Ibid.*, 17 décembre 1889.) — Adénome malin du corps de l'utérus, hystérectomie vaginale, guérison, par Coe. (*Ibid.*, 7 janvier.) — Cancer utérin, hystérectomie sus-vaginale, guérison, par Bishop. (*Lancet*, 18 janvier.) — Douze hystérectomies vaginales pour cancer, par Manghagalli. (*Ann. di ostetric.*, XII, n° 1.) — Quatre cas d'hystérectomie vaginale, par Cullingworth. (*Obst. Soc. London*, 2 avril.) — Cancer du corps utérin chez une femme atteinte d'endométrite longueuse. Opération de Freund. Amaurose temporaire consécutive. Guérison, par Weber. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 15, 1er janvier.) — Laparotomie et amputation supra-vaginale du col pour rupture de l'utérus. Guérison, par H. Coe. (*New York med. record.*, p. 478, 2 novembre 1889.) — Extirpation totale vaginale de l'utérus pour une rétention placentaire avec putréfaction, par Roosenburg. (*Nederl. tijdsch. v. Geneesk.*, n° 21, 1889.)

V

Vaccin. — Les instituts vaccinogènes de l'armée française, par Andrès y Martinez. (*Rev. de sanidad milit.*, n° 1.) — De l'institut vaccinal de Lyon avec étude comparative sur différentes méthodes de vaccination, par Payerne. (*Thèse de Lyon*, n° 505.) — L'institut vaccinogène à Rome, par Leoni. (*Giorn. d. Soc. ital. d'igiene*, n° 11, 1889.) — Sur un projet de décret concernant la vaccine obligatoire à l'île de la Réunion, par Hervieux. (*Bull. Acad. de Méd.*, 18 mars.) — Histoire et pathologie de la vaccination, par Crookshank. (2 vol. in-8°, *Londres.*) — Revaccinations pratiquées en 1889 dans les écoles communales du VIIe arrondissement, par Tolédano. (*Journ. de méd. Paris*, 12 janvier.) — Vaccine obligatoire et vaccine animale, par Goldschmidt. (*Rev. de méd.*, avril.) — Emploi de la plume métallique individuelle dans l'opération de la vaccination, par Maréchal. (*Arch. de méd. mil.*, avril.) — Pansement antiseptique après la vaccination, par Bark. (*Brit. med. journ.*, 1er février.) — De quelques accidents consécutifs à la vaccine, par Thomas. (*Thèse de Lyon*, n° 507.) — Trois

cas mortels d'ulcération gangréneuse du bras après vaccination, par HUTCHINSON. (*Arch. surg. Lond.*, 1889, I, p. 97.) — Sur les inoculations préventives, par ROUX. (*Soc. Biologie*, 16 novembre 1889.)

Vagin. — Du vaginisme, par DUBOIS. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — De l'atrésie du vagin, pathologie et traitement, par MORE MADDEN. (*Lancet*, 1er février.) — Absence congénitale du vagin, utérus rudimentaire, trompes et ovaires normaux, opération autoplastique, création d'un conduit vaginal artificiel, guérison, par PICQUÉ. (*Ann. de Gynéc.*, février.) — Extirpation de la paroi postérieure du vagin et du cul-de-sac postérieur dans un cas de carcinome mixte, par BLAGOWSTSCHENSKY. (*Gaz. méd. Paris*, 1er mars.)

Varices. — Des varices de la vulve au point de vue obstétrical, par BATUAUD. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 mars.) — Traitement des varices par les injections coagulantes, par D. MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 30 mars.) — Des lésions osseuses dans les varices des jambes, par MANNOTTI. (*Sperimentale*, janvier.) — Du traitement du varicocèle, par GOURMAUD. (*Thèse de Paris*, 20 mars.)

Varicelle. — Varicelle hémorragique, par ANDREW. (*London clin. Soc.*, 10 janvier.)

Variole. — Albuminurie après la variole, par PETER. (*Gaz. des hôp.*, 6 février.) — La cocaïne dans la variole, par RICAU. (*Rev. gén. de clin.*, 19 mars.) — Traitement des pustules varioliques de la face par le glycérolé à l'acide borique, par BERTRAND. (*Acad. de méd.*, 29 avril et *Semaine méd.*, 30 avril.)

Veine. — Les poches congénitales et les dilatations kystiques des veines, par BENNETT. (*Lancet*, 12 avril.) — Recherches sur les veines superficielles de l'avant-bras, par DANTE BERTELLI. (Broch., *Pise.*) — De la ligature de la veine fémorale au niveau de l'arcade crurale, par BRICO. (*Thèse de Lyon*, n° 504.)

Venin. — Sur le venin de la salamandre terrestre, par DUTARTRE. (*Acad. des sc.*, 27 janvier.)

Vessie. — Quelques points relatifs au traitement de la rétention d'urine, par BROWNE. (*Brit. med. journ.*, 15 mars.) — De la dysurie sénile, par D. MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 16 mars.) — De la kolpo cystotomie dans le traitement de la cystite douloureuse rebelle, par DOUBLET. (*Thèse de Bordeaux*, janvier.) — Traitement de la cystite tuberculeuse, par GREIWER. (*Thèse de Paris*, 26 mars.) — Remarques pratiques sur le diagnostic et le traitement de la cystocèle inguinale, rencontrée au cours d'une kélotomie, par HEDRICH. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er janvier.) — De la mégaloscopie, par BOISSEAU DU ROCHER. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, février.) — Lavage de la vessie, par CHASSAGNY. (*Lyon méd.*, 5 janvier.) — De la ponction hypogastrique de la vessie, par DENEFFE. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 1, p. 46.) — Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie, par R. KŒHLER. (*Charité-Annalen.*, XIV, p. 601.) — Sonde dans la vessie, extraction par la taille sus-pubienne, par TREVOR. (*Lancet*, 8 mars.) — Analyse de 964 cas d'opération de calculs de la vessie, par la taille et la lithotritie, par HENRY THOMPSON. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 11 mars.) — Expulsion spontanée d'un gros calcul vésical (20 grammes, femme de 65 ans), par ROLLET. (*Lyon méd.*, 6 avril.) — Fracture spontanée de calculs vésicaux, par FENWICK. (*London pathol. Soc.*, 15 avril.) — Idem, par BROWNE. (*Ibid.*) — Lithotomie sus-pubienne, pour un calcul de 545 gram-

mes, par P. MULTANOVSKY. (*Vratch*, n° 49, 1888.) — Deux cas de lithotomie sus-pubienne, par MAKKAVEEFF. (*Vratch*, n°s 7 et 8, 1889.) — Quatre cas de taille sus-pubienne, par VAN DER VEER. (*Med. News*, 1er mars.) — Observation de taille répétée deux fois chez le même sujet dans l'espace d'une année, par PUZEY. (*Lancet*, 15 mars.) — Deux cas de taille sus-pubienne, par CRAVEN. (*Lancet*, 19 avril.) — La taille haute pour calcul enkysté, par MAC ARDLE. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 17 janvier.) — Calculs enchatonnés, taille sus-pubienne, par BROWNE. (*London clin. Soc.*, 24 janvier.) — Taille sus-pubienne, par HUGHES. (*Brit. med. journ.*, 25 janvier.) — Note sur un nouveau procédé opératoire applicable au traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie, par SEGOND. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Exstrophie de la vessie, opération en une séance, guérison, par THOMAS. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, février.) — Etude des tumeurs villeuses de la vessie, par DIXON JONES. (*Med. News*, 8 mars.) — Du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie, par P. BAZY. (*La Médecine moderne*, 9 janvier.) — Papillome diffus de la vessie, par BOWLBY. (*London path. Soc.*, 4 mars.) — Papillome de la vessie; hématuries graves; cystotomie sus-pubienne, extraction, guérison, par HICGUET. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 1, p. 28.)

Vieillard. — L'hygiène des vieillards, par G. ANDRÉ. (*Paris.*)

Vin. — De la coloration artificielle des vins, par MONAVON. (*Thèse de pharm. de Lyon*, n° 7.) — Dosages rapides des chlorures dans les vins, par ROOS. (*Journ. de pharm.*, 15 avril.) — Sur les vins de raisins secs, par CAZENEUVE et DUCHER. (*Journ. de pharm.*, 1er mai.)

X

Xanthelasma. — Tumeurs xanthélasmiques, par POLLOSSON. (*Lyon méd.* 2 mars, p. 311.)

Xéroderma. — Xéroderma pigmentosum, par ELSENBERG. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 1 et 2.)

LISTE DES OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA REVUE

Du 15 avril au 15 juillet 1890.

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie, par MM. : Berger. — Broca. — Delbet. — Delens. — Gérard-Marchant. — Heydenreich. — Hartmann. — Jalaguier. — Kirmisson. — Lejars. — Michaux. — Nélaton. — Peyrot. — Poncet. — Quénu. — Ricard. — Segond. — Tuffier. — Walther. — Tome Ier. Un fort volume grand in-8° de 900 pages, avec 178 figures. — Prix : 18 fr.

Division du tome Ier : *Inflammations*. — *Traumatismes*. — *Maladies virulentes*, par le Dr Paul Reclus, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Des tumeurs, par le Dr Quénu, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Peau. — Tissu cellulaire, par le Dr Broca, prosecteur à la Faculté.

Lymphatiques, muscles, tendons, synoviales tendineuses et bourses séreuses, par le Dr Lejars, prosecteur à la Faculté.

Le *Traité de Chirurgie* paraîtra en 8 volumes ainsi répartis :

I. Pathologie générale. — Tumeurs. — Peau, tissu cellulaire. — Lymphatiques, muscles, tendons.

II. Nerfs. — Artères. — Veines. — Os.

III. Articulations. — Crâne et cerveau. — Rachis. — Annexe de l'œil.

IV. Œil. — Oreilles et annexes. — Nez et annexes. — Mâchoires.

V. Lèvres, joues, langue, etc. — Cou.

VI. Poitrine. — Mamelles. — Abdomen et rectum. — Hernies.

VII. Foie. — Rate, mésentère, pancréas. — Bassin. — Rein et vessie. — Prostate. — Urètre. — Organes génitaux de l'homme.

VIII. Organes génitaux de la femme. — Membres.

Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur (os, articulations, muscles), par le Dr Kirmisson, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Un volume grand in-8° de 550 pages, avec 40 figures. — Prix : 10 fr.

Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-1890, par le professeur J. Grasset, de Montpellier, recueillies et publiées par le Dr G. Rauzier, chef de clinique médicale. — Brochure in-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Leçons sur deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë (fièvre typhoïde et grippe), par le professeur J. Grasset, recueillies et publiées par le Dr G. Rauzier, chef de clinique. — Brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Dyspepsie et catarrhe gastrique, thérapeutique des maladies des voies digestives, par le Dr C.-L. Coutaret, de Roanne (Loire). — Un volume grand in-8° de 1,200 pages. — Prix : 15 fr.

Les Alcaloïdes de l'huile de foie de morue, par Armand Gauthier et L. Mourgues. — Brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Leçons de thérapeutique, par le Dr G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — 2e série : *Les Médications*. — Un volume in-8° de 507 pages. — Prix : 8 fr.

Leçons sur les maladies microbiennes, professées à l'Ecole de médecine de Toulouse, par le Dr Cabadé, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse, précédées d'une préface par le professeur V. Cornil. — Un volume in-8° de 642 pages. — Prix : 10 fr.

Terminologia medica polyglotta ou *Dictionnaire international des termes médicaux*, par le Dr Théodore Maxwell. — Un fort volume grand in-8°, cartonné toile. — Prix : 20 fr.

Cet ouvrage a pour but de faciliter aux médecins de diverses nations la lecture d'ouvrages médicaux d'autres pays. Les mots y sont traduits et classés à leur ordre alphabétique en latin, en anglais, en allemand, en italien, en espagnol et en russe. Grâce à une disposition ingénieuse, ce dictionnaire, qui contient environ 25,000 mots, sera aussi utile au lecteur que s'il en renfermait trois ou quatre fois plus, disposés sur un autre plan.

Hygiène de l'oreille, par le professeur Vincenzo Cozzolino, de Naples. — 2e édition, augmentée, traduite par M. le Dr Antonin Joly, de Lyon. — Un volume in-18 de viii-87 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traité d'anatomie humaine, anatomie descriptive, — histologie, — développement, par L. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, avec la collaboration de MM. Ferré et Vialleton.— Tome second. 1er fascicule : *Angéiologie*. — Un volume grand in-8° de 300 pages, avec 131 figures dans le texte, dont 109 tirées en plusieurs couleurs. — Prix : 8 fr.

Le tome Ier : *Ostéologie*. — *Arthrologie*. — *Myologie*, paru précédemment; forme un volume de 800 pages, avec 470 figures, dont 200 tirées en couleurs. — Prix : 16 fr.

Manuel de pathologie interne, à l'usage des praticiens et des étudiants, par le Dr Vanlair, professeur à l'Université de Liège. — Un très fort volume grand in-8° de 1,100 pages. — Prix : 20 fr.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de médecine légale militaire. — Conseils de revision et opérations du recrutement, — mode de répartition des militaires malades (visites régimentaires, etc.), — réformes et retraites, — rédaction des certificats et des rapports, — maladies simulées et maladies méconnues, — responsabilité, — déontologie des médecins d'armée, etc., par le Dr E. Duponchel, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce, licencié en droit. Un fort volume in-18 jésus, cartonné diamant. — Prix : 8 fr.

Ce volume fait partie de la Bibliothèque de l'Elève et du Praticien.

Droit médical ou Code des médecins, docteurs, officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens, vétérinaires, étudiants, etc., par MM. Alfred Léchopié, avocat à la Cour de Paris, et le Dr Ch. Floquet, licencié en droit, médecin du Palais de justice, avec une préface du professeur Brouardel. — Un volume in-18 de 540 pages, broché. — Prix : 6 fr.

Cartonné diamant, tranches rouges (Bibliothèque de l'Elève et du Praticien). — Prix : 7 fr.

Dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie, par le Dr Ernest Mareau, médecin expert de Compagnie d'assurances. — Un volume in-18, cartonné, de 450 pages. — Prix : 7 fr.

Code manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, par le Dr Lucien Collin, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris. — Un volume in-18 de 200 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Maladies de l'appareil respiratoire, tuberculose et auscultation, par le Dr J. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants. — Un beau volume in-8° de 530 pages, avec figures dans le texte et 2 planches en couleur hors texte. — Prix : 10 fr.

La Chirurgie du sinus sphénoïdal, par le Dr Em. Berger. — Brochure in-8° de 80 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Résultats de quatre-vingts opérations de cataracte, aspect de l'image papillaire un certain temps après l'opération, par le Dr A. Bourgeois, de Reims. — Un volume in-8° de 24 pages, avec tableau et une planche. — Prix : 1 fr. 50.

De la Kystectomie dans l'opération de la cataracte, par le Dr A. Bourgeois, de Reims. — In-8° de 8 pages, avec figures. — Prix : 50 c.

La Stérilisation par l'eau bouillante des instruments d'oculistique, par le Dr A. Bourgeois, de Reims. — Brochure in-8° de 12 pages avec figures. — Prix : 1 fr.

Recherches expérimentales de calorimétrie animale, mesure de la radiation calorique et des combustions respiratoires), par le Dr C. Sigalas, pharmacien de première classe. — Brochure in-8° de 75 pages. — Prix : 3 fr.

Librairie **Lecrosnier et Babé**, place de l'École-de-Médecine, 23.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, directeur Jules Rochard. Tome Ier. — Livre Ier : *Hygiène générale.* — Chap. Ier. *Introduction anthro-*

pologique, par M. DE QUATREFAGES.—Chap. II. *Démographie*, par M. J. BERTILLON. — Chap. III. *Climatologie*, par MM. LE ROY DE MÉRICOURT et Eugène ROCHARD. — Chap. IV. *Pathogénie*, par M. Jules ROCHARD. — Chap. V. *Epidémiologie*, par M. Léon COLIN. — Un volume in-8°, avec figures intercalées dans le texte et une planche. (Fascicules 1 à 5.) — Prix : 17 fr. 50.

Tome II. — Livre I. — *Hygiène générale*. — Chap. V. *Epidémiologie*, par M. Léon COLIN. — Chap. VI. *Epizooties*. Maladies des animaux transmissibles à l'homme, par MM. NOCARD et LECLAINCHE. — Livre II. Chap. I. *Aliments*, par Gabriel POUCHET. — Chap. II. *Eaux potables*, par M. Armand GAUTIER. — Chap. III. *Boissons*, par M. RICHE. — Chap. IV, *Théorie de l'alimentation*, par M. Gabriel POUCHET. — Un volume in-8°, avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 17 fr. 50.

Depuis le 1er juillet 1889, il paraît chaque mois un fascicule de 10 feuilles, avec figures et planches; les fascicules 1 à 10 sont en vente. Chaque volume forme 5 fascicules. — Prix de chaque fascicule : 3 fr. 50.

Souscription à forfait à l'ouvrage complet : 120 fr.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par Franz KŒNIG, professeur de chirurgie et directeur de la clinique chirurgicale de Gœttingue, traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par J.-R. Comte, chirurgien adjoint de l'hôpital de Genève. Ouvrage précédé d'une introduction par M. le Dr Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Tome III. — 2e et dernier fascicule. — Un volume in-8°, avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr.

Tome I. — Un volume in-8°, avec 112 figures intercalées dans le texte. — 1889. — Prix : 14 fr.

Tome II. — Un volume in-8°, avec 159 figures intercalées dans le texte. — 1889. — Prix : 14 fr.

Tome III. — Un volume in-8°, avec 73 figures intercalées dans le texte. — 1890. — Prix : 14 fr.

Formulaire de thérapeutique appliquée, ou les médicaments et leurs formules, classés d'après les indications thérapeutiques, par A. FERRAND, médecin de l'hôpital Laënnec, etc. — Ouvrage précédé d'une préface du professeur Peter. — Un volume in-16, 4 fr.; cart., 4 fr. 50; relié, 5 fr.

L'Impuissance sexuelle chez l'homme et la femme, par le professeur HAMMOND. — Un volume in-18. — Prix : 3 fr. 50.

Lymphatiques des organes génitaux de la femme, par le Dr A. POIRIER. — Un volume in-8°, avec 11 figures intercalées dans le texte. — Prix : 2 fr.

Céphalalgie et massage, par le Dr NORSTROM. — Un volume in-8°. — Prix : 2 fr.

Traitement local de l'endométrite chronique, par le Dr DUMONTPALLIER. — Deuxième note in-8°. — Prix : 1 fr.

Librairie **J.-B. Baillière et fils**, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Les Aliénés et les asiles d'aliénés, assistance, législation et médecine légale, par le Dr Jules FALRET, médecin de la Salpêtrière. — Un volume in-8° de 561 pages. — Prix : 8 fr.

La Folie à Paris, étude statistique clinique et médico-légale, par le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie du Dépôt; préface par J.-C. Barbier. — Paris, 1890. — Un volume in-18 de 421 pages, de la Bibliothèque scientifique contemporaine. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie **Georges Steinheil**, rue Casimir-Delavigne, 2.

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris, par le Dr Fernand Roux. Mention honorable de l'Institut, récompense de l'Académie de médecine (prix Desportes), lauréat de la Société médico-pratique et de la Société de médecine. — Petit volume in-18 cavalier, cartonnage souple, de 320 pages. — Prix : 3 fr.

Les Médecins normands, du XIIe au XIXe siècle. Biographie et bibliographie, par le Dr Jules Roger. — Ouvrage in-8° raisin de XX-372 pages, orné de 5 portraits et du sigillum du collège des médecins de Rouen. — Prix : 7 fr.

Librairie **Asselin et Houzeau**, place de l'Ecole-de-Médecine.

Cours élémentaire d'anatomie générale et notions de technique histologique, par S. Arloing, correspondant de l'Institut, directeur de l'Ecole nationale vétérinaire, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. Revisé et publié par X. Lesbre, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon. — Un volume in-8° de 453 pages, avec 388 figures dans le texte. — Prix : 10 fr.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie, à l'usage des praticiens et des étudiants, par le professeur Simon Duplay. — Un volume in-18 de 192 pages, avec 44 figures dans le texte. — Prix : 2 fr.

Librairie du **Progrès médical**, 14, rue des Carmes.

Étude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses, par le Dr Pauline Tarnowsky. — Un volume in-8° de 226 pages, avec 8 tableaux anthropométriques et 20 dessins. — Prix : 5 fr.

Lymphatiques des organes génitaux de la femme, par le Dr P. Poirier. — Brochure in-8° de 60 pages, avec 11 figures. — Prix : 2 fr.

Contribution à l'étude de la syringomyélie, par le Dr J. Bruhl.—Un volume in-8° de 221 pages, avec 12 figures et une planche hors texte. — Prix : 5 fr.

Essai critique sur l'intoxication chronique par la morphine et sur ses diverses formes, par le Dr Régnier. — Un volume in-8° de 169 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie **Georges Carré**, rue Saint-André-des-Arts, 58, Paris.

Traité des maladies du foie, par le Dr G. Harley, professeur à l' « University College » de Londres, traduit de l'anglais et augmenté d'un mémoire sur

l'intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires. Récompensé par l'Académie de médecine (prix Amussat, 1887), par le Dr Paul Rodet, médecin consultant à Vittel (Vosges), précédé d'une préface du Dr Tapret, médecin des hôpitaux de Paris. — Un fort volume in-8° raisin de XII-476 pages, avec figures. — Prix : 16 fr.

Librairie **Alex. Coccoz**, rue de l'Ancienne-Comédie, 11.

De l'Eczéma, son traitement par les eaux minérales et les moyens thérapeutiques ordinaires, par le Dr Puy-le-Blanc.—In-8°, 1890.—Prix : 1 fr. 50.

Librairie **Henry Ollier**, Paris.

Contribution à l'étude des vergetures, et principalement des vergetures arrondies, macules atrophiques, par Pellissier Vasilin.

Librairie **Goupy**, rue de Rennes, Paris.

Contribution à l'étude des céphalalgies, névralgies et migraines d'origine nasale, par Coupard et Saint-Hilaire.

Société d'Editions scientifiques, 26, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Alcaloïdes, histoire, propriétés chimiques et physiques, extraction, action physiologique, effets thérapeutiques, toxicologie, observations, usages en médecine, formules, etc., par B. Dupuy, pharmacien de 1re classe, officier d'académie, membre correspondant des académies de médecine de Saint-Pétersbourg, Rome, Madrid, Rio-de-Janeiro, etc., etc., avec préface de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, etc. — Ouvrage honoré par l'Académie de médecine (prix Desportes) (concours de 1888, encouragement de 800 francs). — Deux volumes grand in-8° de 800 pages chacun. — Prix de l'ouvrage complet, en deux volumes, brochés : 32 fr.; cartonnés toile anglaise, tête dorée : 36 fr.

Librairie **Quarré**, Lille.

Etuves et chirurgie, par le Dr Guermonprez, de Lille.

Librairie **Deshays**, Rouen.

Rapport sur la marche de l'épidémie de grippe dans la Seine-Inférieure, 1889-90, présenté à la Société de médecine de Rouen, par le Dr Raoul Brunon.

Librairie **Balmas Planas**, Barcelone.

Reglamentacion de la lactancia mercenaria, en Barcelona, par D. Juan Coll y Bofill.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Librairie **Agnelli**, Milan.

Casi di esadattilia dei piedi, nota, pel Dott. Cesare STAURENGHI.

Librairie **Tocco**, Naples.

Tuberculosi del nervo ottico, pel Dott. G. CIRINCIONE.

Librairie **Belisario**, Naples.

Cistoadenoma sottocutaneo giustapporto al sacco lagrimale, pel Dott. CIRINCIONE.

Librairie **Pisanzio et fils**, Naples.

Rivendicazione a Felice Fontana (1779) *della scoperta della guaina della mielina e del cilindrassi dei tubi nervosi,* pel Dott. CIRINCIONE.

Librairie **del Manicomio**, Nocera.

Contributo allo studio delle psicosi degenerative, pel Andrea GRIMALDI.

Librairie **Lao**, Palerme.

Lo Ammazzatoio di Palermo, osservazioni et proposte, pel Dott. DE BLASI.

Librairie **Virzi**, Palerme.

Note di clinica chirurgica parte II, osservazione su 1412 tumori, professo Vicenzo MARCHESANO.

Librairie **Bizzoni**, Pavie.

Patogenesi microbica dell' oftalmia migratrice, pel Dott. Vittorio BASEVI.

Innesto di cute in caso di simblefaro con buon esito definitivo, pel Dott. Elvidio GASPARRINI.

Librairie **Nava**, Sienne.

L'Endocardite secondo le odierne dottrine microparasitari, studio critico sperimentale, pel Dott. Arnaldo VITI.

Innesto di congiunctiva e cornea di cane in un caso di simblefaro con attechimento immediato e successiva atrofia, pel Dott. GASPARRINI.

Librairie **Fischer**, Iena.

Die Untersuchung der hinteren Larynxwand, von Gustav KILLIAN.

Beitræge zu pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, redigirt von Dr E. ZIEGLER.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Société d'Imprimerie et Librairie PAUL DUPONT, Paris, 4, rue du Bouloi (Cl.) 3.7.90.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Ueber den feineren Bau des Vorderhirns der Amphibien (Sur la structure intime du cerveau antérieur des amphibiens) par OYARZUN (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXV*, 1890).

Jusqu'alors on a admis que l'écorce proprement dite n'apparaissait pour la première fois que chez les reptiles, et que le manteau du cerveau des amphibiens en était dépourvu. On distinguait dans celui-ci une couche interne riche en cellules et une couche externe pauvre en éléments. L'auteur, appliquant la méthode de Golgi perfectionnée par Ramon y Cajal, a cherché à préciser ces notions et à déterminer la part qui revenait au tissu de soutien et celle qui revenait aux cellules ganglionnaires.

La paroi des hémisphères peut être subdivisée en une zone interne renfermant deux sortes d'éléments et une zone externe qui n'en possède qu'une.

La zone interne présente: 1° Des cellules piriformes qui limitent la cavité ventriculaire, sans former un revêtement continu, et qui envoient toutes vers l'extérieur un prolongement. Celui-ci se divise en fibrilles qui se divisent à leur tour successivement de manière à former un réseau très serré qui arrive jusqu'à la périphérie du cerveau. Ces éléments correspondent à l'épithélium épendymaire des autres vertébrés et peuvent être considérés comme formant à eux seuls tout le système de soutien des hémisphères.

2° Des cellules multipolaires, pourvues de prolongements protoplasmiques ramifiés et d'un prolongement cylindre-axile. Ces éléments, qui sont évidemment des éléments ganglionnaires, sont disséminés dans toute l'épaisseur du manteau. Ce sont les seuls que l'on rencontre dans la zone externe.

Il résulte de cette constitution que, conformément aux données de His,

le cerveau des amphibiens adultes possède des dispositions qui sont celles d'un état embryonnaire chez les vertébrés supérieurs. A. NICOLAS.

Ueber die feinere Bau d. Ruckenmarks (Sur la structure fine de la moelle), par V. KÖLLIKER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 11, *p.* 212, 18 *mars* 1890).

Kölliker a vérifié la plupart des faits décrits par Golgi et Ramnón y Cayal. Il a constaté la division des racines sensitives en deux branches, l'une ascendante et l'autre descendante ; pour Kölliker, la plupart des filets sensitifs montent dans les cordons postérieurs. Il a aussi constaté les nombreuses fibres collatérales d'union décrites par Ramon, qui sortent des cordons postérieurs en touffes qui pénètrent dans la substance gélatineuse et pénètrent dans les cornes postérieures et jusque dans les cornes antérieures, excessivement ténues. Des cordons latéraux partent des fibres analogues se dirigeant en avant, en dedans, en arrière ; de même des cordons antérieurs se dirigeant en arrière. Les fibres collatérales motrices, de même que les fibres sensitives, s'entre-croisent dans la commissure avec celles du côté opposé.

A côté des cellules bipolaires des ganglions spéciaux, qui semblent avoir surtout un rôle trophique, des cellules à prolongement se continuant directement avec les fibres nerveuses radiculaires, il faut placer les cellules qui semblent n'avoir avec les fibres que des rapports de contiguité. Dans ce dernier cas (il s'agit surtout de fibres sensitives) les cellules nerveuses sont entourées d'un réseau de fines fibres collatérales et agissent par contact. On conçoit aisément les déductions physiologiques de ces données structurales. Kölliker a vu aussi des fibres collatérales dans la moelle allongée. P. TISSIER.

Die Struktur der Nervenzellen im Sympathicus der Amphibien, par A. SMIRNOW (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXV*).

On sait que les cellules ganglionnaires du sympathique chez les amphibiens possèdent deux prolongements, l'un rectiligne, l'autre enroulé en spirale à son origine. Ce dernier se résout à la surface du corps cellulaire en un réseau de fines fibrilles, difficile à mettre en évidence par les méthodes ordinaires.

Smirnow applique à l'étude de ces éléments ganglionnaires la méthode de coloration par le bleu de méthylène en solution injectée dans une veine. Les organes que l'on désire examiner sont ensuite exposés à l'air et, quand la coloration paraît suffisante, traités soit par la solution aqueuse iodurée d'iode, soit par le picro-carmin, soit par le picrate d'ammoniaque. Le montage des préparations se fait dans la glycérine.

Ce procédé permet d'obtenir des images absolument démonstratives du réseau péricellulaire, formé de fines fibrilles plus ou moins variqueuses. Ce réseau est clos de toutes parts, et jamais on ne voit de fibrilles se terminer librement. D'autre part, on n'aperçoit pas non plus les fibrilles intracellulaires décrites par Arnold. Par contre, il existe des fibrilles partant du réseau d'une cellule donnée et allant s'anastomoser avec le réseau qui entoure une cellule voisine (Courvoisier). La fibre spirale tire son origine de ce réticulum péricellulaire, s'enroule plusieurs fois et s'accole à la fibre rectiligne, qu'elle quitte ensuite après un certain trajet. Il est difficile de dire la direction que prennent alors respective-

ment ces deux fibres. L'auteur a vu que toutes les fibres spirales une fois arrivées dans un tronc nerveux courent dans le même sens, tandis que toutes les fibres rectilignes se dirigent dans le sens opposé. Il se rallie ensuite à l'opinion d'après laquelle les fibres spirales seraient centrifuges et iraient innerver soit des muscles (cœur, vessie), soit des vaisseaux (fibres vaso-motrices). Quelques-unes des fibrilles dont est constitué le prolongement spiral assureraient les voies anastomotiques entre les diverses cellules.

Smirnow termine en décrivant les « nids cellulaires » découverts par Sigmund Mayer. Ces nids, formés d'un amas de petits éléments tassés les uns contre les autres, sont entourés d'un réticulum nerveux commun. On peut les considérer comme des conglomérats d'éléments jeunes, et cette hypothèse permet d'expliquer le mode de formation de la fibre spirale (processus mécanique) et des anastomoses fibrillaires qui réunissent les réseaux péricellulaires de l'élément ganglionnaire adulte. A. NICOLAS.

Ueber die Nerven des Handrückens und über Bedeutung für die Diagnose von Verletzungen der Armnerven (Distribution des nerfs du dos de la main ; conséquences pour le diagnostic des lésions nerveuses du membre supérieur), par R. ZANDER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 8, *p.* 172, 24 *février* 1890).

Des recherches de Zander, il ressort que la disposition des nerfs sensitifs du dos de la main est la suivante :

1° Les nerfs collatéraux dorsaux des doigts s'étendent jusqu'à l'ongle, non seulement sur le pouce, mais aussi toujours sur le petit doigt, parfois sur l'index et l'annulaire, et plus rarement sur le médius. Il s'opère un échange de fibres entre les nerfs collatéraux dorsaux et palmaires des doigts, de sorte que quand les dorsaux n'atteignent pas l'ongle, les palmaires les suppléent.

2° Au niveau du dos de la main, les territoires de distribution du radial et du cubital ne sont pas nettement séparés par la ligne médiane. Tantôt le cubital s'étend plus ou moins sur le territoire du radial, tantôt les fibres de ce dernier vont jusqu'à l'annulaire ou même jusqu'au bord cubital de la main. La première disposition semble plus rare que la seconde. Dans un grand nombre de cas, les rameaux du radial et du cubital s'entre-croisent sur un espace plus ou moins étendu, en contractant ou non des anastomoses macroscopiques. Zander a vu plusieurs fois la peau du dos de la main être innervée par les deux nerfs, de son bord radial à son bord cubital. Il est très ordinaire que la portion médiane du dos de la main reçoive ses fibres sensitives des deux nerfs.

3° La peau du dos de la main ne reçoit pas seulement ses nerfs sensitifs de la branche superficielle du radial et de la branche dorsale du cubital. En dehors de son anastomose avec le radial, le nerf musculo-cutané peut innerver isolément la peau du pouce et celle de la partie radiale du dos de la main. Zander a vu le nerf cutané postéro-inférieur se distribuer à toute la portion médiane du dos de la main. Turner (*Journ. of Anatomy*, VI) et d'autres ont vu le rameau interosseux externe du radial arriver jusqu'aux doigts et innerver les faces contiguës de l'index et du médius. Une autre source de sensibilité provient de l'anastomose entre la branche dorsale du cubital et le nerf cutané médian.

Au niveau des plis cutanés interdigitaux, les rameaux des nerfs palmaires s'étendent également jusqu'à la face dorsale de la main.

La conséquence de ces faits anatomiques, c'est que, dans un cas donné, il pourra être très difficile, ou même impossible, de diagnostiquer les nerfs sectionnés en se basant sur le degré et l'étendue des troubles de la sensibilité au niveau du dos de la main. (*R. S. M.*, IV, 392; V, 415.) J. B.

Sur le nombre et le calibre des fibres nerveuses du nerf oculomoteur commun chez le chat nouveau-né et chez le chat adulte, par H. SCHILLER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 30 *septembre* 1889).

Le nombre des fibres de l'oculomoteur n'augmente pas pendant la vie. Le nombre un peu plus élevé des fibres qu'on peut trouver chez l'adulte provient de ce que chez le nouveau-né quelques fibres échappent au dénombrement à cause de leur finesse, qui peut les faire confondre avec la névroglie. En effet, de l'animal nouveau-né à l'animal âgé d'un an et demi, le diamètre des fibres nerveuses est devenu six fois plus considérable. Ces résultats tendent à faire penser que la cellule nerveuse elle-même ne change pas dans le courant de la vie, c'est-à-dire que sa vie cellulaire a la même durée que la vie de l'individu; cette conclusion serait d'une grande importance pour l'explication des phénomènes de mémoire. M. DUVAL.

Innervation de l'appareil urinaire chez l'homme, par A. GUINARD et A. DUPRAT (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., avril* 1890).

Des recherches anatomiques de Guinard et Duprat, il résulte que les nerfs de l'appareil urinaire ont un trajet à peu près constant et bien distinct de celui des vaisseaux correspondants. Ainsi, pour le rein, certains filets nerveux l'abordent par la périphérie sans accompagner aucune ramification vasculaire ; d'autres ne suivent l'artère rénale qu'au moment où ils pénètrent dans le rein. Donc, il semble inexact de dire que les nerfs du grand sympathique forment, dès leur origine, des plexus qui reposent sur les vaisseaux et n'abandonnent pas ces derniers.

En second lieu, les nombreuses dissections de ces deux auteurs prouvent qu'il existe une intime solidarité nerveuse entre les divers organes qui constituent l'appareil urinaire, et que l'innervation de ce dernier est reliée par d'importantes connexions à celle de certains organes voisins (rectum, canal déférent, etc.). R. JAMIN.

The stromata of the red corpuscles, par HALLIBURTON et W. FRIEND (*The Journal of Physiology, vol. X, p.* 532).

Le pigment colorant forme les 90 centièmes du corpuscule sanguin sec. — Quand il a été enlevé il reste le stroma, composé de lécithine, cholestérine, matières protéiques et sels minéraux, parmi les quels le plus abondant est le phosphate de potasse. — La composition du stroma a été étudiée par Schmidt, Kühne, Hoppe-Seyler et Wooldridge. Les auteurs reprennent cette étude dans le but de fixer surtout la nature des matières protéiques. Hoppe-Seyler a dit que c'était une globuline, coagulable à 75° et précipitable par saturation avec le chlorure de sodium.

Kühne dit aussi que c'est une globuline précipitable par un courant d'acide carbonique; qu'elle agit à la manière de la fibrinoplastique, et que c'est, en conséquence, de la paraglobuline. Hammarsten a montré que la paraglobuline pure ne jouit pas de la propriété fibrinoplastique. Wooldridge dit également que c'est de la paraglobuline et qu'elle coagule dans une solution de chlorure de sodium à 4 0/0 aux environs de 66°. — Enfin, les élèves de Schmidt, Nauck, Rauschenbach, Krüger, ont extrait du stroma le fibrine-ferment. Krüger et Wooldridge ont constaté que l'injection des stroma dans les vaisseaux provoque des coagulations très étendues, soit par suite de l'action du fibrine-ferment, soit par suite de l'action de la lécithine.

Les auteurs préparent les stroma par trois méthodes: celle de Hoppe-Seyler, celle de Kühne et celle de Wooldridge. — Ils se proposent ensuite d'en comparer la constitution à celle d'une cellule typique, le leucocyte. Celui-ci contient : 1° une globuline (*cellule globuline* α) qui coagule entre 48 et 50°; 2° une globuline plus abondante coagulant entre 60 et 65° en solution dans le chlorure de sodium à 10 0/0; à 75° dans la solution de sulfate de magnésie à 5 0/0. Cette globuline (*cellule globuline* β) est associée ou identique au fibrine-ferment; 3° une albumine coagulant à 73° (*cellule albumine*); 4° un mucoïde qui gonfle dans le chlorure de sodium et le sulfate de magnésie, insoluble dans l'eau, précipitable par les sels, différent de la mucine, riche en phosphore et donnant de la nucléine par la digestion gastrique, ainsi que des albumoses et des peptones; 5° de l'acide sarcolactique. Ce serait là la constitution typique des cellules vivantes.

Les auteurs recherchent ces substances dans les stroma de globules rouges. Ils constatent l'absence de la *cellule globuline* α. Au contraire, la *cellule globuline* β est abondante. Il n'y a point de cellule albumine. Il n'y a ni nucléine, ni nucléo-albumine, ni albumoses, ni peptones. Ces corpuscules diffèrent donc des véritables cellules aussi bien au point de vue chimique qu'au point de vue morphologique. A. DASTRE.

Zur Frage der Blutbildung (La question de la formation du sang), par H. F. MÜLLER (*Sitz. d. k. Ak. d. Wiss., Wien., Band XCVIII*).

L'auteur étudie les caractères des éléments du sang chez des animaux à sang froid principalement (grenouille, triton), mais aussi chez les mammifères, soit sur le liquide sanguin lui-même, soit sur le suc splénique, soit d'après des coupes de rate. Il se sert de diverses méthodes, entre autres d'un procédé de dessiccation.

A. Erythrocytes. Ainsi s'appellent les globules rouges, par opposition aux leucocytes ou globules blancs. L'auteur décrit leurs caractères.

B. Leucocytes. La division des leucocytes, fondée sur la constitution de leur corps cellulaire, de leur noyau, leur forme et leur taille (Max Schultze), coïncide avec celle d'Ehrlich, qui a pour base les réactions variées des leucocytes à l'égard des couleurs d'aniline : aux globules uninucléés moyens et petits de Schultze répondent les globules mononucléés à granules d'Ehrlich ; les grossièrement granuleux de Schultze sont les cellules à granules α, éosinophiles, oxyphiles, ainsi que les cellules à granules β, amphophiles ; aux leucocytes grands et

finement granuleux de Schultze correspondent les leucocytes β, neutrophiles, d'Ehrlich.

a. Leucocytes finement granuleux (à noyaux polymorphes de Lawdowsky, leucocytes ε d'Ehrlich, multinucléés de Löwit). Müller donne minutieusement les caractères de ces éléments. Il ne peut considérer avec Löwit les noyaux multiples comme résultant d'un processus dégénératif. Ces éléments ne sont cependant pas en réalité multinucléés; mais les soi-disant noyaux ne sont que des fragments de noyau. Jamais Müller n'a vu la division du corps cellulaire suivre la fragmentation du noyau (fragmentation directe d'Arnold).

b. Leucocytes grossièrement granuleux (cellules grenues de Rindfleisch, cellules éosinophiles d'Ehrlich). Les granules se colorent différemment de l'hémoglobine par divers réactifs, ce qui indique une composition chimique toute différente.

c Leucocytes uninucléés (cellules à granules d'Ehrlich, leucoblastes de Löwit et Denys). Divers réactifs différencient ces globules, entre autres le bleu de méthyle, qui colore le corps cellulaire.

C. Cellules fusiformes de Recklinghausen (plaques nucléées de Bizzozero, hématoblastes d'Hayem). Leurs réactions ne les rangent ni parmi les précurseurs des globules rouges, ni parmi les autres globules blancs. L'auteur incline à penser avec Golubew et Ranvier que ce sont des cellules endothéliales tombées des parois vasculaires.

D. Cellules en voie de mitose. On sait que Löwit a distingué deux séries de divisions cellulaires différentes par leurs caractères, les unes étant les divisions des érythroblastes, les autres celles des leucoblastes. Dans les deux premiers stades de la division observés par Müller, le corps cellulaire est d'un brun rougeâtre après coloration par la safranine, tandis que dans les stades ultérieurs il est franchement rouge, ce qui est en rapport avec les modifications chimiques du corps cellulaire que Flemming admet se produire durant la karyokinèse. Ces deux premiers stades sont ceux du peloton serré et du peloton lâche. Les divisions n'appartiennent pas aux globules rouges adultes, que Müller n'a jamais vus se diviser d'une façon certaine. Les cellules en voie de mitose peuvent cependant contenir ou non de l'hémoglobine.

E. Cellules au repos mûres pour la division. Les formes mitotiques dont il vient d'être question ont pour point de départ des cellules de même taille, dont le corps cellulaire est coloré de la même façon que dans les plus jeunes stades de la karyokinèse, mais dont le noyau offre, au lieu des figures kinétiques, un système de fins filaments chromatiques et des nucléoles. Ces cellules, que, d'après Pfitzner, l'auteur appelle « mûres pour la division », ne coïncident ni avec les érythroblastes ni avec les leucoblastes de Löwit.

F. Rapport des cellules mûres pour la division avec les leucoblastes et les érythroblastes de Löwit et Denys. L'origine des cellules mûres pour la division est dans les leucocytes uninucléés ou leucoblastes, dont elles ont les caractères. Par leur sort ultérieur habituel, ces cellules peuvent être placées dans la série des érythroblastes. Elles sont ainsi des formes de transition entre les leucoblastes et les érythroblastes.

G. Séries de développement des cellules-filles. Les cellules-filles issues des divisions dont il a été question au paragraphe D peuvent

évoluer suivant quatre directions : 1° elles deviennent des érythrocytes, ainsi que l'a vu déjà Löwit ; 2° elles entrent à nouveau en division, sans quitter la forme en peloton ; 3° elles donnent des leucoblastes et redeviennent ensuite des cellules mûres pour la division; 4° une série hypothétique mais nécessaire doit être admise : celle qui mène des leucocytes uninucléés (leucoblastes) aux leucocytes multinucléés, qui ne peuvent dériver que des premiers, sans que l'on sache comment, puisque l'on ne voit pas de formes intermédiaires et qu'on ne peut avec Löwit admettre une dégénération.

En somme, il existe, contrairement à Löwit, pour la formation des éléments sanguins chez les animaux à sang froid, non deux formes originelles aboutissant distinctement au globule rouge et au globule blanc, mais un point de départ commun, la « cellule mûre pour la division ». De la sorte on peut dire que les globules rouges dérivent des blancs; car les cellules mûres pour la division desquelles se forment les globules rouges descendent elles-mêmes de leucoblastes, soit de globules blancs. Ces mêmes cellules peuvent produire, d'autre part, des cellules-filles qui sont des leucoblastes, c'est-à-dire des globules blancs. A. PRENANT.

Ueber die Entwicklung der Fibrillen des Bindegewebes (Sur le développement des fibrilles du tissu conjonctif), par LWOFF (*Sitz. d. k. Akad. d. Wiss., Wien., Band XCVIII*).

On sait que deux opinions principales ont régné sur le mode de production des fibrilles connectives. D'après l'une (Schwann), les fibrilles sont produites par des cellules, soit que chaque cellule se transforme en un faisceau de fibrilles (Schwann, Boll), soit qu'elle ne fournisse en s'étirant considérablement qu'une seule fibrille (Valentin, Kusnetzoff, Obersteiner). Dans l'autre (Henle, Ranvier, Ognew), les fibrilles se forment dans la substance intercellulaire. Rollett a modifié cette dernière opinion, en disant que la substance intercellulaire étant une production cellulaire, et résultant d'une métamorphose de la cellule, les fibrilles peuvent être considérées comme prenant naissance dans les parties périphériques des cellules. Tel est aussi le sens général des résultats qu'a obtenus l'auteur.

Lwoff a étudié, à l'aide de divers réactifs, le tissu sous-cutané, le cordon, le grand épiploon et les tendons d'embryons de brebis de différents âges. Les fibrilles apparaissent autour des cellules et de leurs prolongements, dont elles sont manifestement une production, ainsi que l'a voulu Schwann, mais une production indirecte, comme l'a soutenu Rollett.

Les cellules productrices des fibrilles sont allongées et anastomosées par leurs prolongements. Elles ont pour précurseurs des éléments multipolaires, autour desquels il ne se forme pas de manchon fibrillaire, mais qui sont entourés par une mince gaine de substance fondamentale particulièrement grenue. Les fibrilles se formant autour d'une série de cellules anastomosées par leurs pointes, il en résulte de longs cylindres constitués par un axe que forment les cellules avec leurs prolongements, et par une écorce fibrillaire, qui représente un faisceau conjonctif.

A mesure que les cellules différencient des fibrilles à leur périphérie,

elles diminuent de taille et finissent par n'être plus qu'un mince corps cellulaire avec un noyau. L'auteur compare la formation fibrillaire connective à celle des fibrilles musculaires, où l'on voit aussi une série linéaire de cellules différencier des fibrilles. Elle rappellerait également ce qui se passe (Waldeyer, l'auteur) dans les cellules de l'écorce du poil et de la plume, qui se transforment pareillement en fibrilles de substance cornée.

A. PRENANT.

Ueber die Prinzipien der Histologie, par C. RABL (*Verh. der Anat. Ges., Berlin, octobre* 1889).

Dans le tissu épithélial, le plus simple et le plus primitif de tous, aux points de vue ontogénétique et phylogénétique (Kölliker et Haeckel), toute cellule a une face libre et une face profonde, différentes l'une de l'autre ; la cellule a donc pour caractère essentiel une polarité (Hatschek). Dans l'évolution ultérieure de l'épithélium, certaines particularités ne se présentent jamais qu'à la face libre, les autres à la face profonde de la cellule épithéliale; c'est ainsi que la première présente des formations cuticulaires, des poils sensoriels, et c'est en elle que toujours se dépose le pigment. Un autre caractère des cellules épithéliales, c'est d'être réunies par des ponts traversant les espaces intercellulaires ménagés entre elles. Enfin, tandis que dans un épithélium simple, qui s'agrandit en surface sans s'épaissir, les axes des divisions cellulaires demeurent parallèles à la surface épithéliale, ils lui deviennent obliques ou perpendiculaires dans un épithélium qui se stratifie.

Ces caractères des épithéliums se retrouvent dans tous les tissus, plus ou moins profondément déformés, car tous les tissus dérivent d'épithéliums.

Le tissu musculaire résulte de la différenciation des faces basales des cellules cœlomatiques du myotome, cellules qui, en tant qu'elles prennent part à la limitation de la cavité du cœlome, sont des cellules épithéliales ; en tant qu'elles produisent des fibrilles musculaires à leur face basale, sont des cellules musculaires. La base de la cellule s'est ici différenciée, et non la surface, parce qu'elle était le plus accessible aux nerfs qui doivent animer les muscles. Il est intéressant de noter que, pendant la différenciation musculaire de l'élément, l'axe de la cellule, qui s'étendait primitivement de la face superficielle à la face profonde de celle-ci, s'est déplacé à angle droit, puisque maintenant dans la cellule complètement développée l'axe cellulaire est dirigé suivant les fibrilles musculaires.

Le tissu nerveux dérive tout aussi directement du tissu épithélial.

L'étude du développement de l'axe médullaire, surtout fait par His, apprend que des cellules de la paroi nerveuse stratifiée, qui succède à l'épithélium primitivement simple, les unes, ou cellules germinatives, les plus voisines de la lumière du tube, forment une couche de prolifération; les autres ou bien s'anastomosent par des prolongements (spongioblastes), ou bien émettent vers l'extérieur, par leur face basale ou profonde, un prolongement unique, le prolongement cylindre-axile (cellules nerveuses proprement dites). Les prolongements protoplasmatiques des spongioblastes sont des ponts intercellulaires très allongés. Le prolon-

gement cylindre-axile de la cellule nerveuse est un produit de la différenciation de la base de cette cellule; il est fourni par la base de la cellule, parce que c'est en cette situation qu'il peut contracter les rapports les plus rapides avec les éléments d'autres tissus. Dans la paroi médullaire, à l'inverse de ce qui se passe pour les épithéliums stratifiés, la couche proliférative est superficielle au lieu d'être profonde, tandis que les éléments le plus différenciés sont profonds au lieu d'être superficiels, pour la même raison physiologique que l'on vient de voir.

Dans le groupe des tissus de substance conjonctive, il y a lieu d'établir deux modes d'origine bien différents.

Le premier est représenté par le tissu de la corde dorsale. Celui-ci dérive de l'épithélium par l'apparition dans la partie basale de chaque cellule de vacuoles, qui, en grandissant, repoussent le noyau latéralement avec ce qui reste du protoplasma; il ne se forme pas de ponts intercellulaires. Le tissu, primitivement épithélioïde et véritablement épithélial, prend ainsi l'aspect d'un tissu étoilé.

Il en est tout autrement avec le tissu conjonctif embryonnaire et tous les tissus qui en dérivent. Le tissu conjonctif embryonnaire, que l'on sait être le résultat de la différenciation d'une partie de l'épithélium du cœlome, est, au début, une lame épithéliale simple. Celle-ci, tout en se multipliant, perd son caractère épithélial; les cellules s'éloignent les unes des autres et ne demeurent rattachées que par de longs prolongements, qui ne sont autres que des ponts intercellulaires très étirés. Ailleurs, le tissu épithélial peut prendre le même aspect (pulpe de l'émail, gélatine de la cavité tympanique). De même que les cellules musculogènes du cœlome sont épithéliales et musculaires tout à la fois, de même les cellules sclérogènes des plaques latérales sont épithéliales par leur face qui borde la cavité générale, connectives par celle qui lui est opposée; ce sont des épithéliums conjonctifs.

Il est plus difficile de rattacher aux épithéliums les tissus conjonctifs fibrillaires, tels que le tissu conjonctif adulte, les tissus osseux et cartilagineux. Dans le tissu conjonctif cutané des larves de triton, on peut cependant se convaincre que les fibrilles connectives sont le produit des faces basales (éloignées du cœlome) des cellules connectives, de même que c'était le cas pour les fibrilles musculaires. Dans le tissu cutané de la salamandre adulte, les fibrilles s'unissent en lamelles; les restes nucléés des cellules, appliqués contre les productions fibrillaires que celles-ci ont fournies, figurent des corpuscules conjonctifs; les canaux ou espaces du suc sont des espaces intercellulaires, et les prolongements cellulaires qui les parcourent, des ponts intercellulaires comparables à ceux des épithéliums.

Rabl rattache, quoique plus difficilement, aux épithéliums les tissus osseux et cartilagineux, et surtout le sang et la lymphe. De ces derniers, il ne fait pas des tissus conjonctifs, mais des épithéliums dans lesquels les cellules réunies primitivement en masses épithélioïdes (îles du sang) se sont libérées de tous rapports. A. PRENANT.

Anatomische und physiologische Bemerkungen über die Muskeln der Fledermaüse (Remarques anatomiques et physiologiques sur les muscles des chauve-souris), par ROLLETT (*Sitz. d. k. Ak. d. Wiss., Wien., Band XCVIII*, 1889).

On ne peut encore décider s'il existe une relation nécessaire entre la structure et la fonction des diverses fibres musculaires, que distinguent tant leurs caractères morphologiques que leurs propriétés physiologiques. On sait seulement que les dimensions variées de la coupe transversale, les relations diverses du sarcoplasme et des colonnettes musculaires, le nombre et la situation variables des noyaux, la façon différente dont les fibres se comportent à l'égard des réactifs, sont autant de particularités qui caractérisent des muscles différents également au point de vue physiologique (muscles des coléoptères, de la grenouille, muscles rouges du lapin). Entre muscles physiologiquement différents, les dissemblances morphologiques sont tantôt faibles (muscles lents et muscles rapides du lapin et de la grenouille), tantôt fortes (muscles lents et muscles rapides des insectes). D'autre part, il n'y a pas de ressemblance absolue entre les muscles lents ou les muscles rapides des différents animaux. Les rapports de la forme à la fonction sont donc loin d'être déterminés pour les muscles. Une autre question n'est pas résolue : celle de savoir si un muscle est formé d'une seule sorte anatomo-physiologique de fibres musculaires ou de plusieurs; il serait avantageux en effet de pouvoir étudier physiologiquement des muscles composés de fibres d'une même sorte. Enfin, contrairement à ce que l'on croyait, ce n'est pas chez les invertébrés seuls qu'on trouve de grandes différences dans la structure histologique des fibres; mais il en est de même chez les vertébrés.

Telles sont les idées avec lesquelles Rollet entreprend d'étudier les muscles des chauves-souris. Il y trouve une fibre bien caractérisée histologiquement dans des préparations à l'or, à l'alcool, à la liqueur de Müller : sur la coupe transversale par des travées délicates de sarcoplasme, très fortement épaissies aux nœuds du réseau, et sur la coupe longitudinale par une striation grossière en longueur tenant à la présence de larges bandes de sarcoplasme entre les colonnettes musculaires. Sur une coupe transversale d'un faisceau musculaire, les fibres se distinguent de celles d'autres vertébrés par l'uniformité et la petitesse de leur calibre.

A ces caractères histologiques nettement définis, répondent des propriétés physiologiques bien déterminées. Ces muscles sont des muscles lents; leur tracé les place entre les muscles de la grenouille et ceux de la tortue, entre les muscles blancs et les muscles rouges du lapin.

A. PRENANT.

I. — Des clasmatocytes, par L. RANVIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *janvier* 1890).

II. — Des éléments musculaires et des éléments élastiques de la membrane rétro-linguale de la grenouille, DU MÊME (*Ibidem*, 10 *mars* 1890).

III. — Observation microscopique de la contraction des fibres musculaires vivantes, lisses, striées, DU MÊME (*Ibidem*, 24 *mars* 1890).

IV. — Méthode nouvelle pour étudier au microscope les éléments et les tissus

des animaux à sang chaud à leur température physiologique, DU MÊME (*Ibidem*, 31 *mars* 1890).

V. — Sur les éléments anatomiques de la sérosité péritonéale, DU MÊME (*Ibidem*, 14 *avril* 1890).

I. — Ranvier donne le nom de *clasmatocytos* (κλασμα, fragment; κυτος, cellule) à des éléments particuliers que l'on observe dans les membranes connectives minces des vertébrés quand on les prépare par fixation à l'aide de l'acide osmique et coloration avec le violet de méthyle. Chez les uradèles, ces éléments ont de grandes dimensions et se montrent sous la forme de cellules fusiformes ou arborisées, à prolongements moniliformes. Les parties rétrécies de ces prolongements se réduisent au point de disparaître totalement, de sorte que des portions de la cellule se trouvent détachées de son corps et deviennent indépendantes, formant ainsi des îlots de granulations répandues dans les mailles du tissu conjonctif. Cette sorte de sécrétion par effritement du protoplasma paraît être le caractère essentiel de ces cellules, dites pour cela clasmatocytes. Chez tous les animaux, mammifères aussi bien que batraciens, leurs prolongements se terminent ainsi par des bourgeons qui se détachent et se fragmentent. A l'état vivant, ces parties ne présentent aucun déplacement, aucun mouvement amiboïde, et cependant les clasmatocytes proviennent de cellules lymphatiques, de leucocytes qui, après être sortis des vaisseaux sanguins, ont voyagé dans les interstices du tissu conjonctif.

II. — La membrane mince, qui, chez la grenouille, recouvre le sac lymphatique rétro-lingual, contient des éléments musculaires et des éléments élastiques faciles à observer. Les premiers sont des fibres striées, bifurquées et anastomosées, se terminant par des extrémités ramifiées qui se perdent, sous forme de fibres élastiques, dans le réseau général. En étudiant la manière dont se fait cette continuité entre les éléments musculaires et élastiques, on constate que la fibre élastique s'attache au sarcolemme et se soude intimement avec lui en s'y terminant brusquement. Quant à la substance musculaire proprement dite, c'est-à-dire à la succession des disques épais et des disques minces séparés par les espaces clairs, elle se termine, après un dernier disque mince et un dernier espace clair, par une masse de forme hémisphérique, dont la surface plane regarde le dernier disque mince et qui doit être considérée comme représentant un disque épais.

III. — Sur cette même membrane rétro-linguale, l'observation du muscle tétanisé tendu confirme les conclusions antérieures de l'auteur, à savoir, que les disques épais sont les seules parties contractiles des fibres striées. Quant aux fibres musculaires lisses, les fibrilles qui les forment, au lieu d'être constituées par des particules de nature différente et qui se suivent dans un ordre déterminé (disques épais, disques minces, espaces clairs), elles ont une constitution homogène et correspondent à un seul disque épais. La striation n'est pas en rapport avec la contraction, mais seulement avec le mode de contraction : les muscles striés se contractent brusquement, les muscles lisses se contractent lentement.

IV. — A l'emploi des platines chauffantes, Ranvier substitue une méthode qui consiste à plonger le microscope et la préparation dans

un bain d'eau distillée chauffée à 39° centigrades. Après avoir donné les détails techniques, pour lesquels nous renvoyons à la note originale, il ajoute : « Il y a un mois à peine que j'ai imaginé cette méthode pour chauffer et maintenir à une température déterminée les préparations histologiques, et cependant j'ai déjà fait, par son moyen, plus d'observations que je n'en avais fait depuis vingt ans avec les anciens appareils. » Il a pu notamment constater ainsi que des éléments anatomiques, séparés d'un mammifère avant la mort, et conservés dans certaines conditions, sont encore vivants au bout de vingt-quatre heures, c'est-à-dire émettent des prolongements amiboïdes et se déplacent en se retrouvant dans un milieu chauffé : les cellules de l'animal à sang chaud peuvent donc rester dans un état de vie latente, une sorte d'hibernation, dont la chaleur les réveille.

V. — Le liquide péritonéal présente des globules rouges, qui doivent être considérés comme des éléments normaux, physiologiques, non accidentels, de cette sérosité, car on les y rencontre alors qu'on a pris les précautions les plus rigoureuses pour empêcher l'épanchement accidentel de lymphe ou de sang.

On trouve de plus, outre les cellules amiboïdes, de grandes cellules non amiboïdes, sphériques, granuleuses, qui subissent une désagrégation totale, terme de leur évolution. Les granulations qui les composent, mises alors en liberté, sont mangées et probablement digérées par les cellules lymphatiques. Il paraît y avoir entre les clasmatocytes, compris dans les membranes, et les cellules non amiboïdes de la sérosité pleuro-péritonéale une étroite parenté. Les unes et les autres proviennent des leucocytes, et leur rôle physiologique semble analogue, bien que le procédé de la clasmatose y soit un peu différent. M. DUVAL.

Ueber die Mesodermsegmente des Rumpfes... (Sur les segments mésodermiques du tronc et le développement du système excréteur chez les sélaciens), par van WYHE (*Arch. für mikr. Anat.*, *Band XXXIII, Heft* 4).

1° On sait que, chez les vertébrés, le somite ou segment mésodermique, ou encore protovertèbre, produit un myotome (segment musculaire) et un sclérotome (segment conjonctif). On a récemment montré que, chez les sélaciens, la partie segmentée du mésoderme fournit également le mésonephros, le pronephros et les organes sexuels, tous organes dont l'ébauche, chez les sélaciens, est segmentée comme le mésoderme dont ils dérivent. Le terme de somite, par lequel on désigne la portion segmentée du mésoderme, a ainsi, chez les vertébrés inférieurs, une signification plus étendue que chez les amniotes, où il ne s'applique qu'à la partie dorsale du mésoderme, celle qui devient le myotome. Il convient de partager en plusieurs régions distinguées par des noms spéciaux le mésoderme segmenté des sélaciens et la partie correspondante de la cavité du cœlome. Suivant la proposition de l'auteur, on appellera épimère le myotome lui-même, et épicœlome ou myocœlome sa cavité; la partie moyenne (plaque moyenne) du mésoderme sera nommée mésomère, et sa cavité, mésocœlome ; la région segmentée de la plaque latérale du mésoderme portera le nom d'hypomère. Quant aux destinées de ces différentes régions du mésoderme segmenté : l'épimère se sépare complètement du mésomère et fournit le myotome et aussi quelques cel-

lules de mésenchyme; — d'un mésomère naît le sclérotome, et aussi, à l'exception des mésomères les plus antérieurs, un néphrotome, c'est-à-dire un segment de l'épithélium du mésonephros; — de plusieurs hypomères dérive le pronephros, dont chaque segment est un pronéphrotome; les hypomères situés plus en arrière produisent chacun un segment des organes sexuels, un gonotome. Les deux feuillets somatopleurique et splanchnopleurique du mésoderme s'emploient à la formation des myotome, néphrotome et gonotome; la somatopleure seule prend part à la formation du pronéphrotome, la splanchnopleure seule à celle du sclérotome.

2° Van Wyhe étudie dans ce paragraphe le développement des organes excréteurs et tout d'abord celui du pronephros.

A. Le *pronephros* paraît comme une évagination de la somatopleure dans la partie ventrale dilatée en ampoule (vésicule segmentaire) des 3e, 4e et 5e somites du tronc. L'auteur signale en passant le fait de la dilatation du cœlome dans la région des hypomères et des mésomères; cette dilatation, qui se produit en une région correspondant à celle où paraissent chez les amniotes les « vésicules segmentaires », est transitoire et ne joue aucun rôle dans la formation des organes excréteurs du sélacien. Le bourgeonnement somatopleurique duquel résulte le pronephros se fait différemment au niveau et dans l'intervalle des segments; au niveau des segments, le bourgeon est l'ébauche d'un orifice du pronephros. Il y a d'abord 3 orifices distincts, mais bientôt ils se confondent les uns avec les autres. Dans l'intervalle des orifices, le pronephros a l'aspect d'un cordon d'abord plein, puis creux. Une fois les orifices confondus en un seul, le pronephros paraît être l'extrémité antérieure, ouverte en entonnoir dans la cavité générale, du conduit du rein primitif.

Sous le nom de *glome* du pronephros, l'auteur désigne la formation vasculaire, glomérulaire, qui est suspendue librement dans la cavité du métacœlome, vis-à-vis des orifices du pronephros, chez les embryons de vertébrés. Il décrit un cordon vasculaire, dont l'existence est d'ailleurs très fugace, qui part de la lèvre dorsale d'un orifice du pronephros, traverse obliquement la cavité générale, pour aller se fixer à la lèvre ventrale de cet orifice; avec Rückert, il est disposé à faire de cette formation un glomérule.

B. *Le conduit du pronephros* (canal segmentaire, canal du rein primitif) paraît sur une certaine longueur confondu avec le pronephros, plus en arrière, libre entre l'épiderme et le pronephros, plus loin encore soudé à l'épiderme; il est constitué par un cordon plein, renfermant de 1 à 4 noyaux. Lors de son accroissement ultérieur, le conduit est toujours confondu avec la peau par son extrémité postérieure, jusqu'à ce qu'il ait atteint la future région anale. Le cordon devient creux seulement plus tard. Il est certain que l'ectoderme s'emploie à sa formation, et, d'autre part, il n'est nullement prouvé que les cellules du pronephros n'y contribuent pas également. Van Wyhe décrit ensuite, d'une manière différente de Rückert, comment le conduit s'ouvre dans le cloaque; l'ouverture ne se fait que tard, bien après que le cloaque s'est ouvert à l'extérieur. Ce n'est qu'alors que le conduit a atteint toute sa longueur que les tubes du rein primitif y débouchent. Pour ce qui est de la délamination du conduit en canal de Wolff et canal de Müller, l'auteur ne peut que confirmer les faits de Semper, Balfour et Hoffmann.

C. Le *mésonephros*, comme A. Sedgwick l'a le premier établi, est non point une évagination de l'épithélium péritonéal, mais une partie de cet épithélium même; il est en effet formé par le mésomère. Une fois que le myotome, avec sa cavité, s'est isolé du reste du mésoderme et du cœlome, le mésocœlome avec le mésomère, qui formaient le détroit unissant le myocœlome au métacœlome, ne sont plus qu'un diverticule du métacœlome et de l'hypomère, c'est ce diverticule qui sera le néphrotome. Le processus ne se fait que dans la région du tronc. Car, dans celle de l'arrière-tête, les myotomes s'isolent d'une façon spéciale, telle qu'il ne se produit pas de diverticule donnant un néphrotome. Les néphrotomes antérieurs disparaissent bientôt par accolement de leurs parois, et il en subsiste 36, correspondant à 36 segments, et offrant par conséquent une disposition segmentaire parfaite. Mais plus tard les extrémités du mésonephros se rapprochent, si bien que cet organe paraît se raccourcir, ou tout au moins ne s'allonge pas proportionnellement aux organes ambiants, et de telle sorte que les 36 néphrotomes, ne répondant plus qu'à 27 segments, l'arrangement segmentaire du mésonephros s'efface. Ce processus explique pourquoi le rein primitif, chez les amphibiens, où il paraît tardivement, ne montre presque plus la disposition segmentaire. Les néphrotomes antérieurs, situés dans la région du pronephros, peuvent disparaître totalement (Scyllium); mais celui qui correspond au 3e orifice du pronephros peut persister (Pristiurus), ce qui offre l'intérêt de deux organes excréteurs dans un même segment. Quant aux néphrotomes postérieurs, le dernier somite adhérant du côté ventral à un tissu mésenchymateux plein, et la cavité générale ne se prolongeant pas aussi loin en arrière, il arrive que le dernier néphrotome n'a pas d'ouverture dans la cavité générale, et prend ainsi naissance loin de l'épithélium péritonéal, ainsi que c'est la règle chez les amniotes. Le mésonephros n'est en réalité constitué que quand les néphrotomes, transformés en canalicules, se sont ouverts dans le conduit segmentaire; cette ouverture se fait d'arrière en avant.

D. L'auteur dit quelques mots des capsules surrénales, formées chez les sélaciens de deux corps, suprarénal et interrénal, topographiquement et génétiquement distincts.

3° Dans sa *comparaison des organes excréteurs des sélaciens avec ceux des autres crâniotes*, van Wyhe développe une série de considérations intéressantes. Le pronephros paraît le premier en date de tous les organes excréteurs; le conduit segmentaire ne se forme qu'ensuite. Le pronéphros, dont l'existence est établie aujourd'hui pour toutes les classes des vertébrés, est limité à quelques segments du corps et immédiatement situé derrière la tête. Le conduit segmentaire a une origine ectodermique. La formation du canal de Müller chez les amniotes est éclairée par ce qu'on sait des sélaciens, et l'extrémité antérieure de ce conduit avec son orifice abdominal doit être considérée, avec Balfour et Sedgwick, comme un pronephros. Chez l'embryon femelle, le pronephros, perdant son rôle excréteur, devient ainsi l'embouchure de l'oviducte L'auteur donne ensuite la raison d'être physiologique probable de la fissuration du canal segmentaire en conduits de Wolff et de Müller, et cherche à expliquer pourquoi même chez le mâle il se produit une fissuration du conduit segmentaire, donnant naissance à un canal de Mül-

ler. — Passant ensuite au mésonephros, van Wyhe en donne les caractères essentiels, et résume les différences qui séparent nettement cet organe du pronephros.

4° Il termine par des considérations sur la phylogénèse des organes d'excrétion chez les crâniotes.

Des schémas très saisissants rendent facile l'intelligence des dispositions étudiées dans ce travail. A. PRENANT.

Zur Entwickelungsgeschichte der Chorda bei Saügern (Sur le développement de la corde chez les mammifères), par KEIBEL (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 5 *et* 6 ; 1889).

Bien que par son titre ce travail ne semble comporter que l'étude du développement de la corde dorsale, il renferme en réalité un ensemble de considérations très intéressantes sur les processus de gastrulation chez les mammifères, et les éléments d'une véritable théorie de la gastrulation.

Keibel remarque qu'à part E. van Beneden on s'est jusqu'ici contenté d'appliquer aux mammifères ce qu'on disait des sauropsidés, s'autorisant de ce que les ancêtres des mammifères étaient, comme les sauropsidés, des œufs riches en vitellus. Par des figures schématiques convaincantes, il montre que ni les spéculations de Rabl, ni la théorie de van Beneden, ne sont pleinement satisfaisantes et exemptes de difficultés. Keibel lui-même cependant n'a rien à leur substituer, bien qu'il espère pouvoir le faire bientôt en se servant des précieuses données de Duval. Malgré leur intérêt, nous ne pouvons songer à rapporter ici longuement les spéculations de Keibel, qui sont incompréhensibles sans des chémas. Bornons-nous aux points essentiels. La cavité intestinale primitive, comme la cavité sous-germinale de l'oiseau, serait située au-dessous du feuillet profond, et par conséquent représentée chez le mammifère par la cavité blastodermique, mais par une partie de cette cavité seulement. Le feuillet profond du blastoderme des mammifères ne correspondrait chez l'amphioxus qu'à la partie de ce feuillet qui devient l'épithélium intestinal. Il y aurait chez le mammifère deux phases de la gastrulation. Dans l'une se formerait l'entoblaste intestinal proprement dit, dans l'autre la corde et le mésoderme, etc.

Le travail consacré spécialement à la corde dorsale comprend deux parties. L'auteur s'occupe d'abord des origines de la corde en prolongement céphalique chez le lapin et le cobaye, en particulier pour savoir si l'entoderme s'emploie à la formation de la corde. En second lieu il recherche d'où vient l'épithélium de l'intestin définitif, comment la corde enclavée dans l'entoderme s'en sépare et quels sont les rapports de la corde avec le tube médullaire et avec l'hypophyse.

D'accord avec Carius, Keibel reconnaît que le prolongement céphalique ou corde est d'abord libre entre l'ectoderme et l'entoderme, et qu'il est, par conséquent, une production purement mésodermique à laquelle l'entoderme demeure étranger. Il examine ensuite le mode de fissuration du canal cordal formé dans l'épaisseur du prolongement céphalique, et l'enclavement dans l'entoderme de la paroi du canal ainsi déhiscente. Une fois la corde confondue avec l'entoderme, elle en reçoit par opposition du matériel cellulaire nécessaire à son accroissement;

la corde s'accroît en outre par intussusception, grâce à la multiplication cellulaire dont elle est le siège, et s'allonge par réarrangement de ses cellules (faux accroissement). Quand du mode de formation même de la corde il y a lieu de distinguer deux stades : dans le premier sont enclavées dans l'entoderme des régions néoformées de la corde; dans le second la corde néoformée n'entre plus en relation avec l'entoderme.

L'épithélium de l'intestin définitif dérive de la couche profonde du germe à deux feuillets du mammifère. C'est ce qui résulte en partie de ce fait que toute la corde enclavée dans l'entoderme s'en sépare, et que par suite le toit de l'intestin n'est nulle part formé par la corde dorsale. Lors de la séparation de la corde, qui d'ailleurs peut se faire par plissement ou par délamination, il peut se former dans son intérieur un « canal corsal secondaire ».

A l'extrémité antérieure du corps, la corde s'étend jusqu'à la membrane pharyngienne, qui existe de très bonne heure, avant même toute inflexion céphalique, au-devant de la plaque médullaire, et qui regarde au début directement en haut. La corde, après déchirure de la membrane pharyngienne, demeure soudée longtemps encore avec l'entoderme. Le lieu de cette soudure est situé, non pas, comme le veut Carius, au niveau de la membrane pharyngienne, mais un peu en arrière ; en cet endroit, la corde, quand elle se détache définitivement de l'entoderme, donne lieu à des productions que Selenka a appelées « poche palatine ». L'orientation de la membrane pharyngienne du côté dorsal et sa situation au-devant de la plaque médullaire suggèrent à l'auteur des vues ingénieuses sur la phylogénie de la bouche des vertébrés.

Puisque la corde s'étend primitivement en avant jusqu'à la membrane pharyngienne, jusqu'à l'extrémité antérieure de la plaque médullaire, il n'existe pas en principe de région præcordale de la base du cerveau, non plus que du crâne. Il en est encore ainsi théoriquement plus tard, alors que le cerveau arrive à dépasser en avant et à surplomber l'extrémité antérieure de la corde. Celle-ci marque toujours la véritable extrémité antérieure du cerveau, à laquelle elle correspond, et que représente chez l'adulte non pas l'infundibulum, mais le chiasma des nerfs optiques ou même un point situé plus en avant. La région præcordale de la base du crâne et du cerveau n'existe donc qu'en apparence. En réalité, toute cette région du cerveau qui est située au-devant des nerfs optiques et celle de la base du crâne qui est placée en avant de la pente postérieure de la selle turcique correspondent à l'extrémité antérieure de la corde. Cette correspondance est une application poussée à l'extrême de la loi des métamères ou segments cunéiformes posée par His, en vertu de laquelle, par suite de l'accroissement plus considérable du cerveau et moindre de la corde, les métamères seront plus longs dans le cerveau, moins long dans la corde, et auront par suite la forme de coins ; vers l'extrémité antérieure de la corde convergeraient un certain nombre de pareils métamères cunéiformes, dont elle serait le sommet. A. PRENANT.

Contribution à la pathologie de l'embryon humain, par C. PHISALIX (*Journ. de l'Anat. et de la Physiologie, mai* 1890).

Il s'agit d'un œuf humain, de 13 à 16 millimètres de diamètre, re-

couvert de villosités choriales sur toute sa surface, sauf en un point très restreint. L'examen détaillé de ses particularités révèle un ensemble de faits qui peuvent sinon résoudre la question des causes réelles des lésions pathologiques, du moins mettre sur la voie de leur origine et donner des indications pour les recherches ultérieures. En effet, l'embryon paraît s'être développé d'une façon normale jusqu'à une certaine période, car la plupart des systèmes ont conservé leur disposition habituelle; puis est survenu un trouble de nutrition qui a retenti sur les annexes, sur l'amnios en particulier. La présence de brides résistantes entre l'amnios et le chorion, ainsi que celle d'un véritable treillis fibrineux, semble indiquer des troubles de sécrétion profonds et peut-être des phénomènes inflammatoires. L'absence de liquide amniotique, qu'elle soit due à une résorption ou à un trouble de sécrétion précoce, est en tout cas en relation étroite avec la disparition de l'ectoderme et l'altération de l'épithélium amniotique. Ce qui domine dans les lésions observées chez cet embryon, ce sont les altérations des épithéliums et de leurs dérivés (chute de l'ectoderme, disparition du canal médullaire central, avec altération des cellules nerveuses, etc.). Malgré cela, les différents systèmes ont conservé leurs rapports, et leur étude peut encore fournir d'utiles renseignements; c'est ainsi que par exemple elle permet à l'auteur de saisir, dans le système veineux, le mécanisme par lequel s'opère le changement de direction dans la circulation des veines ombilicales, pour se jeter à la face inférieure du foie. M. DUVAL.

I. — Recherches sur la structure de l'os normal. — Des cellules osseuses et de leurs prolongements, par ZACHARIADÈS (*C. R. Soc. biologie*, 19 *octobre* 1889).

II. — De la membrane des cellules osseuses, par ZACHARIADÈS (*Ibidem*, 9 *novembre* 1889).

I. — La grande majorité des canalicules osseux contient, à l'état frais, des prolongements qu'on peut facilement isoler par la potasse. Ces prolongements sont de nature protoplasmique : ce sont des prolongements des cellules osseuses.

II. — Dans l'os frais, jeune ou adulte, de l'homme, il n'y a ni corpuscules, ni canalicules dans le sens que les auteurs attribuent généralement à ces mots ; ce qu'ils ont décrit, c'est la membrane des cellules et de leurs prolongements. Il existe dans l'os frais de tout âge de l'homme des cellules ramifiées possédant une membrane et se laissant isoler facilement par la potasse. Leurs prolongements s'anastomosent entre eux et avec les prolongements d'autres cellules, voisines ou même très éloignées. Le tout forme un réseau de nature protoplasmique entouré d'une membrane. PAUL LOYE.

I. — Ueber die Atrophie der Fettzellen des Knochenmarks (Sur l'atrophie des cellules adipeuses de la moelle des os), par G. BIZZOZERO (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXIII*).

II. — Neue Untersuchungen über den Bau des Knochenmarks bei den Vögeln (Nouvelles recherches sur la moelle des os des oiseaux), par BIZZOZERO (*Ibidem*, *Band XXXV*, 1890).

I. — On sait que les cellules adipeuses de la moelle sont constituées à

l'état normal par une gouttelette de graisse entourée d'une mince couche de protoplasma qui renferme le noyau. L'inanition modifie profondément cette constitution. La gouttelette de graisse devient de plus en plus petite, et la couche protoplasmique qui l'englobe se rapetisse avec elle en restant appliquée dessus. Cependant le volume total de la cellule ne diminue pas, parce qu'à l'extérieur de la zone protoplasmique s'accumule, dans une proportion correspondante à celle de la graisse disparue, une substance muqueuse qui entoure tout l'élément cellulaire comme d'une couche corticale. Celle-ci est sillonnée par des traînées de protoplasma qui partent du corps protoplasmique. Bizzozero ne pense pas que cette couche muqueuse péricellulaire doive être considérée comme une substance intercellulaire ; il la regarde comme faisant plutôt partie intégrante de la cellule. En réalité on peut toujours constater une limite bien nette autour de la zone muqueuse correspondant à une cellule donnée, et les prolongements protoplasmiques qui rayonnent du corps cellulaire arrivent jusqu'à cette limite, mais sans la dépasser.

II.—Après avoir rappelé les faits les plus importants relatifs à la structure et au rôle hématopoiétique de la moelle des os des oiseaux, Bizzozero entreprend la critique du mémoire que Denys a publié récemment (Voy. *R. S. M.*, XXXV, 415), critique qu'il mêle à l'exposé détaillé de ses propres observations. Nous nous contenterons d'analyser ces dernières.

La moelle est un organe complexe, produisant des éléments de diverses espèces et dans lequel on peut distinguer un parenchyme et un réseau vasculaire.

Le parenchyme renferme une quantité variable de cellules adipeuses et de leucocytes. La teneur des premières en graisse varie suivant les os du squelette, et pour une région de moelle donnée varie suivant l'état de nutrition de l'organisme. Pour ce qui en est des leucocytes, ceux qui prédominent dans la moelle sont les leucocytes à grains ou bâtonnets éosinophiles. Un certain nombre de ces leucocytes sont, même chez l'animal en bonne santé, en voie de division indirecte. Le parenchyme de la moelle est donc un lieu de production de globules blancs.

Le réseau vasculaire consiste dans les os longs en artères axiales fournissant sous un angle aigu quelques petites artérioles, lesquelles courent vers la périphérie de la moelle et s'y résolvent en minces capillaires. Ces capillaires artériels débouchent dans un réseau serré de larges capillaires veineux qui occupe toute l'épaisseur de la moelle, et d'où prennent naissance de grosses veines axiales qui accompagnent les artères correspondantes. Malgré leur largeur, les capillaires veineux possèdent une mince paroi endothéliale, grâce à laquelle le parenchyme est étroitement en rapport avec ce qui est contenu dans la lumière des vaisseaux. Par suite de la disproportion de calibre et de nombre entre les artères, d'une part, et les capillaires veineux, d'autre part, le sang qui circule dans ces derniers doit circuler avec une extrême lenteur.

Le sang qui circule dans les artères des os a la même constitution histologique que celui des autres artères du corps. Les globules rouges qu'elles renferment ont tous les caractères de globules rouges adultes.

Tout autre est le contenu des capillaires veineux. Dans ceux-ci les globules rouges complètement développés n'occupent que l'axe du vaisseau, tandis qu'autour d'eux et jusqu'à la paroi la lumière vasculaire est oc-

cupée par deux sortes d'éléments : des leucocytes, plus nombreux qu'ils ne le sont en général dans les autres veines ; des globules rouges qui, par leur configuration arrondie ou légèrement ovale, par le caractère de leur protoplasma jaunâtre et de leur noyau, doivent être considérés comme de jeunes globules rouges (érythroblastes). Une certaine quantité de ces érythroblastes sont en voie de division mitosique. Les vaisseaux de la moelle des os sont les seules régions de l'organisme adulte de l'oiseau où l'on rencontre ces éléments au repos ou en division ; ce n'est donc que dans ces vaisseaux que se fait la production des globules rouges.

Ces particularités de structure ressortent encore plus nettement quand, par des saignées successives, on surexcite la production des éléments morphologiques du sang. Dans ces cas la graisse contenue dans le parenchyme diminue ou disparaît. Le nombre des leucocytes en division augmente. D'autre part, le volume du parenchyme diminue à cause de l'élargissement considérable des capillaires veineux qui, en beaucoup d'endroits, deviennent assez larges pour arriver au contact les uns des autres. Dans les capillaires la quantité des leucocytes, ainsi que celle des érythroblastes, s'accroît au point que leur lumière en est presque complètement obstruée ; il ne reste plus de libre pour les globules arrivés à maturité qu'un étroit espace axial. Beaucoup de leucocytes et un grand nombre d'érythroblastes sont en voie de karyokinèse.

Par ses caractères le réseau des capillaires veineux de la moelle se distingue de tous les autres réseaux veineux du corps ; il assure la production des deux éléments morphologiques du sang, leucocytes et globules rouges. Dans la formation des premiers il a pour collaborateurs beaucoup d'autres organes et le parenchyme même de la moelle ; mais il a le monopole de la production des seconds.

Le réseau vasculaire de la moelle des os est donc un véritable organe endovasculaire qui doit rentrer dans la catégorie des glandes qui élaborent des éléments morphologiques. A ce titre il offre une grande ressemblance avec le testicule. L'auteur poursuit cette comparaison ingénieuse, qui ne semble, d'ailleurs, être qu'un moyen de faire mieux saisir sa pensée. Enfin dans un court appendice, défendant encore cette idée que les globules rouges ne proviennent nullement de cellules incolores (leucocytes, leucoblastes, etc.), il montre que, malgré tout ce qu'il y aurait de séduisant à penser que les érythroblastes (et par suite les globules rouges) dérivent des leucocytes, aucune observation probante n'autorise à accepter pareille théorie. A. NICOLAS.

Recherches histologiques sur la voûte du crâne membraneux primordial, par J. CHAMPEIL (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., novembre* 1890).

Les os de revêtement de la voute du crâne naissent, non pas d'une différenciation du derme cutané, mais d'une différenciation du mésoderme, précédant de beaucoup le dégagement du derme à l'état distinct. Cette différenciation donne lieu à la *formation lamelleuse* du crâne, c'est-à-dire à une couche de tissu modelé embryonnaire, nettement lamelleux, disposé en un système de tentes, avec interposition de cellules fixes interlamellaires, qui forment des plans endothéliaux vrais.

Cette formation lamelleuse constitue le modèle préformé des os plats de la voûte du crâne. Développé par une adaptation particulière du

tissu connectif qui a pris le type du tissu engainant, il est particulier aux os de revêtement de la voûte, et ne se retrouve pas dans les os fibreux non précédés de cartilage.

La bande de préossification médiane de la formation lamelleuse est constituée par une série de lamelles dont la trame connective se transforme en un treillis de minuscules fibres de Sharpey, et dont les cellules fixes endothéliales donnent naissance aux corpuscules osseux fœtaux. Les os de revêtement du crâne, au niveau de leur jonction avec les pièces cartilagineuses du système de la base, se poursuivent extérieurement à la surface du cartilage et le prennent pour point d'appui.

M. DUVAL.

La fossetta faringea nell'osso occipitale dell' uomo (La fossette pharyngienne de l'occipital chez l'homme), par G. ROMITI (*Atti della Soc. Toscana di Sc. Natur., vol. XI*).

On peut appeler fossette pharyngienne une dépression spéciale qui existe, à l'état de variété anatomique, sur la face inférieure de la portion basilaire de l'occipital chez l'homme. Romiti en décrit et figure quelques cas typiques. Cette disposition est extrêmement rare : on l'observerait environ une fois sur cent crânes. Chez certains animaux, en particulier chez les phoques, elle est normale et consiste en une perforation complète du basi-occipital. L'étude du développement permet, d'autre part, d'expliquer cette anomalie; elle peut résulter de la persistance partielle du sillon longitudinal qui occupe chez le fœtus la face inférieure du basi-occipital; ou bien encore peut être due à l'existence d'un diverticule pharyngien anormal situé en arrière de la poche de Rathke et analogue au diverticule de Seessel. A. NICOLAS.

La clavicule et ses articulations; bourses séreuses costo-claviculaire et des ligaments trapézoïde et conoïde, par P. POIRIER (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., mars* 1890).

Contrairement à l'opinion classique, d'après laquelle l'articulation sterno-claviculaire présente deux surfaces articulaires qui ne se correspondent pas et un fibro-cartilage qui rétablit la correspondance, cette articulation est formée par deux surfaces à emboîtement réciproque parfait, et le fibro-cartilage est inutile à ce point de vue.

Du reste, ce cartilage manque absolument de fixité dans sa forme, son développement est très variable, et il est même absent quelquefois. Ce sont là les caractères des organes en train de disparaître, des organes rudimentaires, tels que l'économie humaine en renferme un grand nombre, vestiges d'une anatomie modifiée au cours de l'évolution phylogénique. C'est pourquoi l'auteur se rattache à l'opinion de Gegenbauer, qui considère le ménisque sterno-claviculaire de l'homme et des singes comme le rudiment d'une interclavicule, c'est-à-dire comme représentant les extrémités latérales de l'interclavicule de l'ornithorynque et de l'échidné, laquelle a la forme d'un T placé en avant du sternum; la branche médiane de ce T se fusionne, chez la sarigue, avec la partie adjacente du sternum.

En étudiant avec soin les ligaments conoïde et trapézoïde de l'articulation coraco-claviculaire, l'auteur a reconnu dans leur intérieur l'exis-

tence de deux organes séreux qui n'avaient pas été signalés jusqu'ici; la bourse séreuse du ligament trapézoïde est incluse entre les feuillets de ce ligament, et d'ordinaire les deux feuillets qu'elle sépare sont égaux; mais parfois le feuillet externe est très mince, si bien que la séreuse en question paraît siéger entre la face inférieure du trapézoïde et la face supérieure du coracoïde; la bourse séreuse du ligament conoïde, plus petite que la précédente, repose sur la base de l'apophyse coracoïde, non loin de l'échancrure du bord cervical de l'omoplate. Il n'est pas rare de rencontrer ces deux bourses réunies en une seule, l'ensemble présentant alors une branche horizontale qui suit la face supérieure de l'apophyse coracoïde et une branche verticale qui monte dans l'épaisseur du ligament conoïde. Enfin, l'ensemble des deux ligaments forme avec la clavicule une sorte de niche ouverte en avant et en dedans, et dans laquelle on rencontre souvent (une fois sur trois, d'après l'auteur) une bourse séreuse, parfois très développée, quelquefois séparée en deux par une cloison verticale ou horizontale. Lorsque cette bourse manque, on trouve à sa place un tissu conjonctif très lâche et humide, séreuse rudimentaire. M. DUVAL.

Ueber die Deutung der von Herxheimer im Epithel beschriebenen Fasern (Signification des fibres d'Herxheimer dans l'épithélium cutané), par KROMAYER (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *Heft* 1-2, *avec pl.*, 1890).

La méthode de Weigert (*Forschritte d. Med.*, 1887, n° 8) pour la coloration de la fibrine et des microbes montre bien les fibres protoplasmiques qui ont été décrites par Herxheimer dans les cellules basales du corps de Malpighi (*R. S. M.*, XXXVI, 4). Ces fibres, qui affectent des dispositions en spirale, sont manifestement de nature protoplasmique et se voient surtout sous forme de prolongements des cellules basales. Ces prolongements fibrillaires pénètrent d'un côté dans la membrane basale, de l'autre peuvent contourner les cellules dans une certaine étendue. La signification des fibres d'Herxheimer n'est pas encore connue, mais les procédés de coloration permettront de la préciser et d'étudier même leurs modifications. F. BALZER.

Der feinere Bau der normalen Lederhaut (Structure du derme normal), par HEITZMANN (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *Heft* 1-2, *avec pl.*, 1890).

Comme toutes les variétés de tissu conjonctif, le derme contient des cellules. En outre, entre les faisceaux conjonctifs existe un protoplasma continu de même que dans le tissu conjonctif muqueux. Ce protoplasma forme une sorte de réseau très délicat qui pénètre même la substance fondamentale des faisceaux conjonctifs. Du reste, il faut remarquer que cette substance fondamentale est de même nature que le protoplasma et qu'ils peuvent évoluer l'un vers l'autre; le protoplasma dans son développement progressif se change en substance fondamentale fibrillaire, et celle-ci peut revenir à l'état de protoplasma : par exemple, dans les processus pathologiques, dans l'atrophie sénile. Les cellules conjonctives ne sont donc pas les seuls éléments protoplasmiques caractérisés; il en est de même pour la substance fondamentale des faisceaux conjonctifs, qui peut provenir de la matière protoplasmique libre. F. BALZER.

Zur Anatomie des Nasenrachenraumes (Sur l'anatomie de la portion nasale du pharynx), par R. POELCHEN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIX, Heft* 1).

Vers le milieu de sa face antérieure, la partie basilaire de l'os occipital montre une gouttière revêtue par une invagination de la muqueuse pharyngienne; c'est là la *bourse* ou *recessus pharyngien*. Que le chorion de cette muqueuse soit épaissi par le tissu adénoïde, la cavité de la bourse disparaîtra totalement. En d'autres termes, la bourse pharyngienne n'est qu'un diverticule de la muqueuse allant se prolonger sur l'os occipital entre les deux saillies déterminées par la masse fibrineuse et les muscles longs du cou. Si les parois du diverticule s'hypertrophient, l'organe disparaît en tant que diverticule. ED. RETTERER.

Studien über die Histologie der Larynxschleimhaut (Etudes histologiques de la muqueuse du larynx), par A. KANTHACK (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXIX, Heft* 2, *et Band CXX, Heft* 2).

Après avoir étudié précédemment la muqueuse du larynx sur les fœtus à mi-terme, Kanthack a examiné en premier lieu celle d'un nouveau-né. La face laryngée de l'épiglotte est tapissée, chez celui-ci, d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, qui continue à revêtir toute la surface du larynx jusqu'aux cordes vocales. Celles-ci présentent un épithélium pavimenteux stratifié, lequel s'étend sur la face interne des cartilages aryténoïdes. Dès qu'on dépasse la limite inférieure des cordes vocales et celle des cartilages aryténoïdes, on retrouve de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles. Ce dernier est composé de plusieurs assises cellulaires, de même que l'épithélium pavimenteux stratifié.

Le larynx du nouveau-né est pourvu en outre de glandes en grappe, qui se groupent en glandules épiglottiques, ventriculaires, latérales, aryténoïdes (sauf au niveau de l'épithélium stratifié), antérieures et postérieures.

En second lieu, Kanthack étudie *la métaplasie* et la *transformation épidermoïde de l'épithélium du larynx*.

En d'autres termes, il se demande où et comment l'épithélium à cils vibratiles devient un épithélium d'abord pavimenteux et, dans un stade ultérieur, épidermoïde. La *métaplasie physiologique* a lieu : 1° sur la muqueuse pharyngée ; 2° dans l'espace interaryténoïde, où l'épithélium cylindrique à cils vibratiles se transforme en un épithélium pavimenteux stratifié, de sorte que ce dernier s'étend du pharynx par-dessus les replis aryépiglottiques et la face postérieure de l'épiglotte jusque dans le conduit laryngé. D'autre part, les irritations chroniques (catarrhe, syphilis, tuberculose) déterminent la production d'îlots d'épithélium pavimenteux stratifié en dehors des limites ci-dessus tracées et dans le domaine de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles; c'est là la *métaplasie pathologique*, qui peut aboutir à la formation de couches superficielles cornées.

ED. RETTERER.

Beiträge zur topographischen Anatomie des Kehlkopfes (L'anatomie topographique du larynx), par TAGUCHI (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 5 *et* 6; 1889).

La situation précise du larynx par rapport à la colonne cervicale n'a

pas été fixée; on n'a que peu agité la question de savoir si cette situation est la même dans les deux sexes. La recherche de ces deux problèmes anatomiques doit être précédée, d'une part, de la détermination des relations de longueur entre la colonne cervicale et la totalité de la colonne vertébrale, et, d'autre part, de la mensuration de la hauteur du larynx. Sur le premier point, la longueur de la colonne cervicale est chez l'homme et la femme dans le même rapport avec celle de la colonne vertébrale tout entière : elle en est la sixième partie. La hauteur du larynx était chez l'homme de 4 centimètres à 4^{cm},9; chez la femme, de 3^{cm},5 à 3^{cm},9; cette hauteur n'est pas proportionnelle à la longueur de la colonne vertébrale cervicale, non plus qu'à la longueur du cou, mais sujette seulement aux variations individuelles. Passant ensuite à son véritable sujet, l'auteur montre que le larynx est situé un peu plus bas qu'on le décrit d'habitude; l'incisure du cartilage thyroïde qui en marque le sommet répond au corps de la cinquième vertébrale et au quatrième disque intervertébral. La détermination des points d'attache des cordes vocales, si importante au point de vue opératoire, n'a pas été faite d'une manière comparative suivant les sexes et suivant les âges. Les points d'insertion des cordes vocales forment avec le sommet de l'incisure du cartilage thyroïde un losange dont l'angle supérieur est figuré par l'incisure, les attaches des cordes vocales inférieures juxtaposées constituant l'angle inférieur, celles des cordes vocales supérieures les angles latéraux. Le losange est plus grand chez l'homme que chez la femme, et chez celle-ci que chez l'enfant. Son diamètre vertical est plus grand chez l'homme que chez la femme, à cause de l'éloignement des cordes vocales supérieures et de l'incisure du cartilage thyroïde, tandis que son diamètre transversal est le même dans les deux sexes. A. PRENANT.

Die Lage (rapports) des Nervus recurrens Nervi vagi zur Arteria thyreoidea inferior, par TAGUCHI (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 5 *et* 6; 1889).

On n'a pas établi si le nerf récurrent passe en arrière ou au-devant ou enfin entre les branches de l'artère thyroïdieune, s'il se comporte à l'égard de ce vaisseau différemment suivant les sexes et différemment aussi à droite et à gauche. L'auteur a examiné à ce sujet 64 sujets masculins et 57 féminins. Il décrit les variétés qu'il a trouvées dans l'artère, relativement à son origine, son trajet, sa ramification, et les résume en un tableau. Il fait de même pour les rapports variables que présentent le nerf récurrent et l'artère. Il résulte du tableau qu'il en a dressé que les rapports sont plus variables dans le sexe féminin que dans le sexe masculin, qu'ils varient chez la femme autant à droite qu'à gauche, tandis que chez l'homme la variabilité est plus grande à droite. Taguchi termine par l'examen des relations de l'artère thyroïdienne inférieure avec le nerf sympathique. A. PRENANT.

Beitrag zur Anatomie der Schnecke (Anatomie du limaçon auriculaire), par BARTH (*Berlin. klin. Woch., n°* 8, *p.* 185, 24 *février* 1890).

Barth distingue trois zones dans la membrane de Corti. La deuxième zone se compose d'une couche supérieure et d'une couche inférieure de fibrilles, entre lesquelles se trouve une couche homogène.

D'après Barth, la couche extérieure s'étend jusqu'au ligament spiral et s'y fixe. La membrane de Corti sert à maintenir dans sa position l'organe de Corti.

Dans la discussion, *Katz*, se basant sur ses préparations embryologiques, met en doute que la membrane de Corti se fixe en dehors au ligament spiral; pour lui, cette membrane est une production cuticulaire pure.

Steinbrügge a souvent constaté de fins prolongements au niveau de la zone externe de la membrane de Corti, mais il n'a jamais vu d'union directe avec le ligament spiral. J. B.

Untersuchungen über die Area centralis Retinæ, par CHIEVITZ (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth. Suppl. Band*, 1889).

L'intéressant travail de Chievitz repose sur l'observation d'un grand nombre de vertébrés appartenant aux différentes classes, et les résultats auxquels il est arrivé peuvent se résumer par les conclusions suivantes.

Sous le nom d'aire centrale il faut comprendre un segment de la rétine caractérisé vis-à-vis des autres parties de cet organe par des modifications structurales particulières, en rapport, du moins en partie, avec certains perfectionnements du sens de la vue. L'aire centrale n'existe pas chez tous les vertébrés, mais on la trouve cependant chez des représentants de toutes les classes sans qu'elle soit, par sa présence, sa configuration, sa situation, etc., en rapport avec les liens de parenté des diverses espèces.

En même temps qu'une aire il peut y avoir une fosse centrale (fovea centralis), c'est-à-dire que la surface vitréale de l'aire peut être plus ou moins déprimée. On observe souvent une aire sans fosse ; mais chaque fois qu'il y a une fosse il y a aussi une aire. La fovea doit donc être considérée comme une disposition accidentelle surajoutée. L'histoire du développement nous apprend aussi qu'elle est secondaire et succède à la formation de l'aire.

La forme de l'area, qu'il y ait ou non une fovea, son extension et sa situation sont constantes chez les animaux d'une espèce donnée, mais diffèrent suivant les groupes. Le plus souvent elle est arrondie et présente une fosse centrale de profondeur très variable, parfois elle affecte la forme d'une strie qui s'étend transversalement sur tout le fond de l'œil (crocodile, grenouille). On peut rencontrer sur une même rétine deux aires circulaires, ou bien des combinaisons d'aire circulaire et d'aire en strie, par exemple une de chaque sorte ou bien deux circulaires à côté d'une troisième en forme de strie. L'existence d'aires multiples n'a été constatée jusqu'alors que chez les oiseaux.

Relativement à la structure il existe de nombreuses variations, mais il y a certaines dispositions qui peuvent être retrouvées chez tous les animaux et qui par le fait acquièrent une signification toute particulière. Voici ces particularités : 1° les éléments de la couche des cônes sont plus nombreux pour une unité de surface donnée, et en même temps plus ténus; 2° à chaque cellule visuelle correspond une plus grande proportion de grains internes et de fibres du nerf optique.

Les conséquences de ces modifications sont un perfectionnement de l'acuité visuelle et une séparation plus complète des impressions senso-

rielles. Il n'est pas sans intérêt d'examiner comment se comporte la rétine au niveau de l'area suivant qu'il s'agit d'une rétine à couche de grains externes mince ou épaisse. En effet, tandis que dans le territoire de l'aire centrale la couche des faisceaux du nerf optique et celle des grains internes augmentent toujours d'épaisseur, dans le cas de rétine à zone de grains externes mince celle-ci s'épaissit, et dans le cas de rétine à zone de grains externes épaisse celle-ci s'amincit. Mais dans les deux cas le résultat final est toujours le rapport numérique sus-indiqué entre les trois couches.

Comme modifications structurales inconstantes il faut citer, entre autres, l'agencement oblique des éléments de la couche des grains internes ; l'arrangement en série des grains internes qui s'orientent en lignes convergeant vers le milieu de l'aire centrale ; l'allongement ou le raccourcissement des bâtonnets et des cônes avec dépressions ou bosselures correspondantes de la limitante externe, etc. A. NICOLAS.

Ricerche interno alle vene superficiali dell' avambraccio (Recherches sur les veines superficielles de l'avant-bras), par BERTELLI (*Atti della Soc. tosc. di Sc. Nat.*, 1890).

La description généralement classique des veines du pli du coude, due à Winslow, ne répond pas aux faits et doit être définitivement abandonnée, ainsi que l'ont fait d'ailleurs quelques anatomistes, parmi les modernes Barkow et Gegenbaur. Il n'y a pas une veine médiane qui se bifurque en veine médiane céphalique et veine médiane basilique ; en réalité il existe des veines médianes qui débouchent soit dans la cubitale superficielle, soit dans la médiane du coude (qui est la soi-disant médiane basilique), soit dans la radiale superficielle. L'auteur décrit ces différentes veines et leurs variétés, montrant que la médiane des auteurs n'est autre que la radiale superficielle. La veine perforante n'a aucun rapport avec les veines médianes. A. NICOLAS.

Ueber die schlauchförmigen Drüsen des Magendarmkanals... (Sur les glandes en tubes du tube digestif et sur les rapports de leur épithélium avec l'épithélium superficiel de la muqueuse), par G. BIZZOZERO (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXIII*).

Dans ce travail Bizzozero apporte de nouveaux arguments à l'appui de la théorie qu'il a émise il y a quelques années, et d'après laquelle les nombreuses divisions mitosiques que l'on observe dans les glandes de Lieberkühn chez tous les mammifères seraient en rapport, non pas avec une destruction cellulaire qui serait la conséquence de l'activité sécrétoire, mais avec la desquamation continue des éléments superficiels de l'épithélium. Ses études portent sur les glandes du rectum et du côlon chez le lapin.

Les glandes du rectum renferment deux sortes de cellules. Les unes sont colorées fortement par divers réactifs, les autres restent presque incolores sous ces mêmes influences. Chacune de ces deux variétés présente, relativement au noyau et au corps cellulaire, des caractères spéciaux qui permettent de considérer les éléments chromatophiles comme des cellules muqueuses et les cellules claires comme des cellules indifférentes. Bizzozero, toutefois, ne pense pas que les unes dérivent des

autres; on doit voir là deux sortes cellulaires distinctes. Le fait important est que, si l'on considère ces éléments depuis le fond jusqu'à l'embouchure des glandes et si l'on compare leurs caractères avec ceux de l'épithélium superficiel, composé de cellules cylindriques à plateau strié et d'éléments caliciformes, on s'aperçoit que par une série de gradations insensibles les cellules profondes se transforment en cellules superficielles. La multiplication des éléments du fond des glandes aboutit à la formation d'éléments indifférents qui évoluent ensuite dans deux directions différentes et deviennent, les unes des cellules claires, les autres des cellules chromatophiles ou muqueuses. Il y a en même temps que cette évolution progressive un véritable déplacement par suite duquel les éléments profonds arrivent à devenir superficiels. Là ils se détruisent et sont remplacés au fur et à mesure par de nouvelles cellules formées dans le fond des culs-de-sac glandulaires. Il faut ajouter cependant que les cellules claires une fois différenciées peuvent se diviser dans toute la longueur du tube et jusque près de son embouchure. Ceci explique pourquoi dans l'épithélium de la surface libre elles sont beaucoup plus abondantes que les cellules muqueuses.

Les glandes du côlon renferment également deux sortes de cellules, les unes muqueuses, les autres indifférentes. Seulement la nature muqueuse des premières exige pour être mise en évidence des soins particuliers. Comme dans le rectum, on observe la transition des cellules du fond en cellules de la surface, mais cette transition se fait plus lentement. D'autre part, les caractères histologiques varient suivant l'endroit du côlon que l'on examine. A une certaine distance du cæcum on observe le passage entre les glandes côliques et les glandes rectales. A. NICOLAS.

On the structure of the vertebrate liver, par Th. SHORE et Lewis JONES (*The Journal of Physiology, vol. X, p.* 408).

Étude d'anatomie comparée qui résume ainsi les différents degrés de complication du foie : 1° formation aux dépens de l'intestin d'un diverticule creux, simple glande tubulaire limitée par un endoderme sécréteur modifié ; c'est le cas de l'amphioxus, et il est représenté chez les vertébrés élevés par le diverticule hépatique primaire formé par l'hypoblaste; 2° subdivision des cellules endodermiques à l'extrémité du diverticule de manière à former une masse solide, traversée de canalicules pour l'écoulement de la sécrétion dans le tube primitif transformé en conduit excréteur; 3° multiplication ultérieure des cellules de cette masse et pénétration des vaisseaux sanguins qui la divisent imparfaitement en colonnes solides drainées par un système de canaux biliaires intercellulaires. Cet état se rencontre dans le foie de la lamproie; 4° pénétration plus complète des vaisseaux sanguins entre les cylindres de cellules hépatiques de manière à former un système bien marqué de larges canaux sanguins séparant un réseau de cylindres cellulaires, les cellules étant disposées de manière à former une couche unique autour des capillaires biliaires. C'est la condition permanente des poissons, des amphibiens et des reptiles, et la condition transitoire des mammifères pendant leur développement; 5° pénétration plus complète encore des vaisseaux sanguins et division ultérieure des cylindres hépatiques, combinés avec un arrangement des capillaires sanguins autour de foyers de sortie pour le sang

(radicules des veines hépatiques) de manière à former des lobules hépatiques. C'est le cas des mammifères adultes. A. D.

Untersuchungen über die Lymphgefässe der männlichen Genitalien, par von ZEISSL et HOROWITZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 602, 1er *juillet* 1889).

Les lymphatiques superficiels des organes génitaux masculins sont appréciables au toucher, au niveau de la portion médiane du frein et du raphé pénien. Ils sont toujours multiples, placés sous la peau et sur la tunique albuginée du pénis, et ils se rendent aux ganglions inguinaux, parfois même à ceux de l'aine opposée.

Les lymphatiques profonds naissent au niveau du gland, sont situés sous la tunique vaginale et accompagnent la veine dorsale du pénis.

Dans la discussion, Ehrmann et Pick confirment le résultat des recherches de Zeissl et Horowitz. J. B.

Lymphatiques des organes génitaux de la femme, par P. POIRIER (*Progrès médical*, 23 *nov.* 1889).

Dans ce travail l'auteur expose, d'après ses recherches personnelles, les dispositions que présentent les lymphathiques de l'appareil génital de la femme au niveau des différents segments de cet appareil; le trajet des troncs efférents auxquels ils donnent naissance et enfin les différents territoires ganglionnaires auxquels ceux-ci se rendent. Les vaisseaux lymphatiques du vagin, ceux de l'utérus, ceux enfin des trompes et des ovaires forment autant de paragraphes.

Parmi les lymphatiques du vagin il convient surtout de signaler ceux qui naissent de la partie moyenne de cet organe, et qui donnent naissance de chaque côté à deux vaisseaux se rendant, en suivant le trajet de l'artère vaginale, à un ou deux ganglions situés sur les côtés du rectum, dans les angles du bouquet artériel que forment les branches de l'hypogastrique.

Les vaisseaux lymphatiques utérins naissent, les uns de la couche muqueuse, les autres de la couche musculaire; les autres enfin sont tout à fait superficiels et sont logés dans l'épaisseur même du péritoine utérin. Ces derniers, niés ou passés sous silence par tous les anatomistes, aperçus par Mierzejewski, sont mis hors de doute par les injections de Poirier, et c'est là, sans contredit, un fait de la plus haute importance.

Les lymphatiques du col utérin se rendent à un groupe de deux ou trois ganglions situés dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive. Notons, en passant, que l'auteur nie formellement l'existence d'un ganglion sur le col ou près du col de l'utérus.

Les troncs issus du corps et du fond de l'utérus passent dans le voisinage du hile de l'ovaire, mais sans présenter à cet endroit aucune anastomose avec les lymphatiques de cet organe, puis se joignent à ceux-ci, s'anastomosent avec eux à la hauteur de la 5e vertèbre lombaire et enfin se jettent dans des ganglions lombaires.

Enfin quelques lymphatiques de l'utérus se rendent encore aux ganglions inguinaux en suivant le ligament rond.

Un fait d'un haut intérêt, c'est que les lymphatiques de l'utérus, les superficiels aussi bien que les profonds, s'anastomosent entre eux dans

toute l'épaisseur de l'organe. En outre, les lymphatiques du corps et ceux du col sont unis l'un à l'autre par une très large anastomose, quelquefois double, qui court sur les parties latérales du corps de l'utérus.

Quelques lignes sont consacrées ensuite à la circulation rétrograde dans le système lymphatique, puis l'auteur signale, dans les adhérences qui rattachent si fréquemment l'utérus aux organes environnants, l'existence de nombreux lymphatiques. Il voit là une preuve en faveur de la transmission directe des inflammations parenchymateuses à la séreuse péritonéale par l'intermédiaire des lymphatiques séreux. Poirier termine son intéressant mémoire par des considérations cliniques, relatives aux abcès du ligament large et au rôle des lymphatiques dans la pathogénie des salpingites et des ovarites suppurées. A. NICOLAS.

Sur l'origine et l'évolution de la région ano-génitale des mammifères, par Ed. RETTERER (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie, nos de mars et de mai* 1890).

Dans cette étude, l'auteur, prenant les choses à l'époque où le cloaque est formé, s'occupe des transformations de cette cavité. Il étudie ainsi successivement :

1° *Le cloisonnement du cloaque.* La cloison qui sépare la cavité du cloaque en une portion rectale et une portion urétrale est considérée par la plupart des auteurs comme résultant de la descente de l'éperon ou pli périnéal qui sépare le rectum du pédicule de l'allantoïde. Cependant Rathke, dès 1832, avait fait jouer un rôle à deux plis latéraux, partant des parois latérales du cloaque, et venant se réunir d'un côté à l'autre, transversalement. C'est à tort qu'on a depuis méconnu ces plis latéraux : en réalité, c'est leur soudure médiane, se poursuivant de haut en bas, qui, lorsqu'on ne fait l'étude de ces parties que sur des coupes médianes et sagittales, fait croire que l'éperon périnéal des auteurs descend graduellement. En un mot, le repli cloacal moyen ne doit son existence qu'à la réunion des deux plis latéraux.

2° *La formation du rudiment périnéal et de la dépression anale.* Pendant que le cloisonnement se poursuit jusqu'à l'orifice externe du cloaque, la portion antérieure de l'éminence cloacale (tubercule génital des auteurs) s'allonge considérablement, d'où production d'un sillon cloacal, sur lequel nous reviendrons plus loin ; sur la partie postérieure de l'éminence, au contraire, le rectum s'ouvre dans une dépression transversale limitée en arrière par un repli post-anal, et sur les côtés et en avant par les replis ano-génitaux qui sont le prolongement inférieur des replis latéraux du cloaque, et qui, se soudant sur la ligne médiane, donnent naissance au repli pré-anal ou rudiment périnéal.

3° *La transformation de la dépression anale en région anale définitive.* La dépression transversale sus-indiquée, par le fait de l'épaississement des replis pré-anal et post-anal, prend successivement une forme triangulaire, arrondie, étoilée, et se transforme finalement, chez le fœtus humain, en une ouverture à grand diamètre antéro-postérieur, grâce au rapprochement des commissures latérales. Il n'y a donc pas à parler d'une dépression cutanée, allant, de bas en haut, à la rencontre du rectum, et séparée un certain temps de celui-ci par un diaphragme membraneux. Les processus de formation marchent tous de haut en bas et de dedans en

dehors. Dans un chapitre important, mais qui ne peut être résumé, l'auteur montre que les malformations ano-rectales sont plus faciles à expliquer d'après les processus sus-indiqués que par l'ancienne théorie du cloaque interne et du cloaque externe marchant à la rencontre l'un de l'autre.

4° Nous indiquerons seulement le titre des parties consacrées à la formation du squelette pénien embryonnaire, à l'origine des cellules épithéliales et du mésoderme du tubercule génital, pour nous arrêter un instant à l'évolution des organes génitaux externes dans le sexe féminin. L'auteur précise ici d'une manière heureuse quelques-unes des homologies anatomiques. Il fait remarquer qu'on homologue classiquement le scrotum aux grandes lèvres, et que cependant la grande lèvre représente tout le repli génital, c'est-à-dire correspond chez le mâle à tout le revêtement cutané du pénis. De même on dit que le clitoris est un gland imperforé; en réalité, c'est un gland fissuré à sa face inférieure. C'est surtout à propos de la partie inférieure des canaux de Müller que l'auteur présente des vues originales, qui ne seront peut-être pas acceptées de tous sans discussion. Ces conduits viennent, dit-il, s'aboucher chez le mâle dans la région prostatique, tandis que chez la femelle ils arrivent à s'ouvrir plus bas, dans le vestibule, parce que chez le mâle les lames latérales du cloaque, continuant, même après leur soudure, leur mouvement de rapprochement, opposent ainsi un obstacle au bourgeonnement et à la descente de l'extrémité inférieure des conduits de Müller. Le canal de Müller, subissant chez le mâle un développement incomplet, et chez la femelle un développement complet, aboutit forcément en deux points très différents du sinus uro-génital dans les deux sexes. Ces deux points sont situés à des hauteurs différentes et ne présenteraient, par suite, aucune homologie. C'est-à-dire que l'auteur se refuse à admettre que l'urètre féminin aurait pour homologue la portion prostatique seule de l'urètre masculin, tandis que la portion membraneuse manquerait chez la femme. M. DUVAL.

Zur Frage über das Epithel der Harnblase (Sur l'épithélium vésical), par DOGIEL (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXV*).

Plusieurs faits nouveaux sont mis en lumière par les observations de Dogiel, qui étudie spécialement la couche superficielle et la couche moyenne de l'épithélium vésical.

Les cellules superficielles ont la forme de plaques à contours irrégulièrement polygonaux et dont les dimensions peuvent atteindre des proportions gigantesques. Le corps cellulaire comprend deux zones : l'une superficielle, d'aspect homogène; l'autre profonde, granuleuse; c'est dans cette dernière que sont logés le ou les noyaux.

La surface profonde de ces éléments présente, ainsi qu'on le sait, des excavations dans lesquelles s'enchâssent les extrémités des cellules sous-jacentes. Mais de plus, fait remarquable, ces excavations envoient dans l'épaisseur de la zone granuleuse du corps cellulaire des diverticules en forme de canaux étroits qui se terminent en cul-de-sac dans le voisinage de la zone homogène. Dans ces canalicules s'insinuent des prolongements protoplasmiques issus des cellules de la couche moyenne. D'autre part, cette même face profonde des cellules superficielles est

hérissée de filaments protoplasmiques qui lui donnent un aspect dentelé et par l'intermédiaire desquels les éléments de la couche supérieure de l'épithélium sont unis intimement avec ceux de la couche moyenne. Il existe donc entre ces deux couches des connexions étroites qui assurent la fixité des rapports réciproques des cellules épithéliales. Les éléments épithéliaux superficiels possèdent d'ordinaire plusieurs noyaux: ils peuvent même en renfermer un nombre considérable (de 1 à 12) tassés les uns à côté des autres, ou disséminés dans toute l'étendue du corps cellulaire.

Le fait capital est que ces colonies résultent de la multiplication des noyaux par voie *directe*. Ce fait a été signalé récemment par Flemming, mais considéré comme exceptionnel, dans la vessie de la salamandre. Dans toutes les autres assises de l'épithélium, particulièrement dans la couche profonde, on observe également des divisions cellulaires, mais ici elles se font par karyokinèse.

Un dernier détail qui permet de rapprocher l'épithélium vésical des mammifères de celui d'autres vertébrés, par exemple des amphibiens, consiste en la formation à la surface des cellules superficielles d'excroissances globuleuses pédiculées ou non qui se détachent et tombent dans la cavité de la vessie. Ces excroissances sont constituées par une substance dont les réactions sont celles, sinon du mucus, du moins d'une substance renfermant du mucus ; elles peuvent être considérées comme un produit de sécrétion destiné à protéger l'épithélium vésical contre l'action de l'urine. On sait, d'ailleurs, qu'il existe de véritables cellules caliciformes dans l'épithélium de la vessie de certains vertébrés.

A. NICOLAS.

Le placenta des rongeurs : première partie, le placenta du lapin, par Mathias DUVAL (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie, nov.* 1889 *et janv.* 1890).

Poursuivant ses recherches sur le placenta du lapin, dont il avait étudié la première apparition sous la forme de *lame ectoplacentaire* (*R. S. M.*, XXXV, p. 17), l'auteur se livre d'abord à une revue critique des travaux dans lesquels il a été fait allusion à cette lame ectoplacentaire, et montre que, si cette formation a été si diversement et si inexactement interprétée, c'est que les divers auteurs n'en avaient pas suivi tous les stades de développement, sans interruption, avec des préparations sériées, et il s'attache à préciser, pour chaque auteur, le point où les lacunes des préparations ont produit la confusion dans l'étude de formations d'origines absolument différentes.

Reprenant alors l'étude de l'évolution ultérieure de la lame ectoplacentaire à partir du dixième jour, il montre comment elle se subdivise en lobes, dont chacun est représenté tout d'abord par une colonne ectoplacentaire, c'est-à-dire par une sorte de large tube épithélial renfermant du sang maternel; puis ces colonnes se subdivisent et se transforment ainsi en tubes plus étroits (complexus tubulaires), qui eux-mêmes se subdivisent à leur tour en canalicules (complexus canaliculaires) dont l'apparition caractérise la fin du *stade de remaniement* de l'ectoplacenta. Alors, vers le vingt-cinquième jour, commence la *période d'achèvement* du placenta, pendant laquelle se produisent des transformations cellulaires qui amènent la dégénérescence et la résorption d'un grand

nombre des parties précédemment formées. Ainsi, par exemple, au niveau des complexus canaliculaires, on voit alors la paroi plasmodiale des canalicules ectoplacentaires se résorber complètement, de sorte que les capillaires fœtaux arrivent à être directement en contact avec le sang maternel, dans lequel ils baignent à nu.

Cette seconde série de mémoires, qui doit avoir une suite, se termine par quelques études sur le placenta pendant et après la parturition chez le lapin. A. C.

PHYSIOLOGIE.

On the regulation of the blood supply of the brain (Régulation de l'irrigation sanguine du cerveau), par C. S. ROY et C. S. SHERRINGTON (*The Journal of Physiology, vol. XI, p.* 85).

Les contradictions entre les auteurs qui se sont occupés de la circulation cérébrale tiennent à des erreurs de méthode. Roy et Sherrington passent en revue ces diverses méthodes : celle de Gærtner et Wagner (1882), qui consiste à enregistrer l'écoulement d'une veine cérébrale et à comparer à la pression artérielle, présente des difficultés ; celle de Hurthle et François-Franck, consistant à mesurer simultanément la pression dans une artère cérébrale et dans le bout central d'une carotide coupée, est sujette à des objections très sérieuses ; celle de Mosso, méthode pléthysphygmographique, est la plus parfaite, à la condition que les variations de volume du cerveau soient enregistrées en même temps que la pression dans les veines et les artères. Cette comparaison est absolument indispensable.

Les auteurs pratiquent une couronne de trépan, fixent sur le pourtour un petit récipient fermé par une membrane flexible, lequel doit être rempli de liquide, de telle façon que l'on ne soit pas exposé à voir boucher l'ouverture crânienne par l'expansion de l'écorce cérébrale. Le récipient est relié à l'oncographe. — On opère sur le chien et d'autres fois sur le chat et le lapin. On enregistre simultanément les variations de volume du cerveau et la pression dans la jugulaire et la carotide. On a la précaution de donner une issue facile au liquide céphalo-rachidien afin de se mettre à l'abri des effets exercés par les variations de pression de celui-ci. En somme, l'appareil enregistre les variations d'épaisseur de l'hémisphère cérébral dues aux conditions diverses de la circulation.

Voici maintenant les résultats :

1° L'excitation des nerfs sensitifs (sciatique) produit toujours une expansion du cerveau immédiate et persistant pendant quelques secondes. Cette expansion est en rapport avec une élévation simultanée de pression dans le système artériel. Mais il semble que le cerveau se décharge moins vite que le système artériel. En somme, l'expansion cérébrale qui suit l'excitation d'un nerf sensitif est due pour la plus grande part à la distension passive ou élastique des vaisseaux, conséquence de l'élévation de la pression artérielle générale.

2° L'occlusion des deux carotides détermine un affaissement considérable du cerveau ; mais l'occlusion d'une seule carotide ou d'une seule jugulaire n'affecte pas sensiblement son volume. L'occlusion des deux jugulaires provoque une expansion excessive et très rapide. L'hémorragie produit une anémie cérébrale passive qui suit exactement l'abaissement de la pression artérielle générale.

3° L'asphyxie (arrêt de la respiration artificielle) détermine une expansion considérable, en rapport avec l'élévation de la pression artérielle seulement pour une part. L'expansion cérébrale n'est pas seulement passive, elle est active.

4° L'excitation de la moelle allongée produit une dilatation vasculaire du cerveau.

5° Les variations rythmiques de la pression artérielle connues sous le nom de courbes de Traube-Hering se répercutent exactement sur le volume du cerveau.

6° Les mouvements de défense de l'animal s'accompagnent d'une dilatation cérébrale en même temps que la pression générale du sang s'élève.

7° Les changements de volume du cerveau produits par la stimulation ou la section des nerfs vago-sympathiques sont de nature passive et peuvent s'expliquer par des changements de la pression veineuse. Il y aurait dans le vago-sympathique des filets descendants dont la stimulation peut produire un abaissement ou une élévation de la pression veineuse générale : ces filets pourraient entrer en action soit par excitation directe, soit par excitation reflexe lorsque le nerf opposé est intact.

8° L'hydrate de chloral détermine un affaissement du cerveau sans chute correspondante de la pression artérielle : cet affaissement est précédé quelquefois d'une dilatation temporaire.

9° L'inhalation du chloroforme provoque une anémie cérébrale : dans un cas point de changement.

10° L'inhalation de l'éther provoque une dilatation cérébrale.

11° La morphine provoque une anémie cérébrale ; le sulfate d'atropine produit une congestion légère. Les alcalis produisent une anémie cérébrale. Toutes les autres substances : bromure de potassium, strychnine, acides, ammoniaque, teinture de digitale, caféine, déterminent une dilatation cérébrale.

En résumé ce travail montre l'intime liaison de la circulation cérébrale à la pression artérielle générale, plus marquée que dans les autres organes. Le mémoire se détermine par des considérations théoriques et hypothétiques sur les rapports de la circulation cérébrale avec la circulation générale et avec la nutrition du cerveau. A. DASTRE.

Contribuzione alla fisiologia delle fibre commessurale, par A. STEFANI (*Archivio per le scienze mediche, XIV, p.* 243).

Un pigeon à qui l'on a enlevé un hémisphère cérébral devient psychiquement aveugle de l'œil opposé. Si l'on enlève l'œil qui voit encore, l'animal récupère peu à peu la vision de l'œil primitivement aveugle, au point qu'il peut manger, boire et distinguer les grains de riz de ceux du blé et du maïs. Le fait a été vérifié par Munck, Gallerani et Fasola. La destruction du lobe optique du côté correspondant le rend de nouveau aveugle. Les fibres commissurales peuvent donc servir de voie de con-

duction de la périphérie au centre : de là leur importance dans les phénomènes de substitution. A. D.

Ueber die Folgen der Durchschneidung des Hirnbalkens (Effets de la section du corps calleux), par A. v. KORANYI (*Archiv für die gesammte Physiol., XLVII, p.* 35).

La division du corps calleux, lorsqu'elle est exécutée sans blesser les hémisphères ne provoque pas de troubles appréciables. S'il y a lésion des hémisphères, on observe des troubles de la vue, de la sensibilité, de la motricité, identiques à ceux que provoque l'excitation des divers centres corticaux, lors même que la partie lésée est fort éloignée, en réalité, de ces centres. Ces troubles sont d'ailleurs très passagers, et leur disparition n'est pas influencée par la section du corps calleux. Après cette section on peut encore observer des convulsions généralisées aux deux côtés. A. D

La concentration du sang comme condition d'excitation du système nerveux central, par Ivo NOVI (*Archives italiennes de biologie, t. IX, fasc. I*).

Le chlorure de sodium, injecté en solution à 10 0/0 dans les veines des animaux supérieurs, détermine des crampes de tous les muscles du corps, lorsqu'il a atteint dans le sang une concentration à peu près double de la normale. — Dans ces conditions, il ne transforme pas l'hémoglobine en méthémoglobine. Les appareils périphériques des muscles et des nerfs ne sont pas influencés par ces conditions du sang; et, quant au système nerveux central, la raison du phénomène ne doit point être cherchée dans la moelle épinière ni dans le bulbe, mais seulement dans les hémisphères cérébraux. La perte d'eau que subit le cerveau et spécialement la substance grise constitue le mécanisme par lequel le système nerveux central est porté à un haut degré d'excitation. Il est probable que les crampes qui accompagnent la concentration analogue mais pathologique du sang (par exemple les crampes du choléra asiatique) sont dues à la même cause. A. D.

On the condition of temperature in nerves during activity and during the process of dying (Température des nerfs pendant leur activité et pendant le processus de mort du nerf), par H. ROLLESTON (*The Journal of Physiology, vol. XI, p.* 208).

L'auteur s'est servi d'un thermomètre spécial, nommé thermomètre de résistance électrique. La résistance électrique d'un fil de platine pur varie d'un tiers entre 6° et 100°. On peut donc, en mesurant avec soin des variations de résistance électrique, connaître les variations correspondantes de température. On peut construire, d'après ce principe, un thermomètre sensible pesant 4 milligrammes, ayant 3 dixièmes de millimètre d'épaisseur et une surface de 24 millimètres carrés. La résistance électrique est mesurée par le pont de Weatstone ou par la balance électrique. Les expériences pratiquées sur le sciatique de la grenouille ou de la tortue n'ont point permis de reconnaître, pendant l'activité du nerf, d'augmentation de chaleur supérieure à 1 cinq-millième de degré centigrade. Le processus de dégénération du nerf qui meurt

s'accompagne au contraire d'une élévation thermique qui peut atteindre 1 septième de degré. Cette élévation est en rapport avec l'intensité du courant nerveux naturel. A. D.

I. — On the nature of the knee-jerk (Réflexe patellaire), par LOMBARD (*The Journal of Physiology, vol. X, p.* 122).

II. — The knee-jerk and its physiological modifications, par BOWDITCH et J. W. WARREN (*Ibidem, vol. XI, p.* 25).

I. — L'auteur examine les différents arguments qui ont été fournis à propos de la nature du phénomène patellaire : il écarte la théorie qui en fait un phénomène local et se rallie à la théorie d'une action réflexe.

II. — Les auteurs étudient avec précision le phénomène patellaire au moyen d'un appareil particulier comprenant un marteau électrique, un appareil enregistreur, un pendule interrupteur. On a accordé beaucoup d'attention au renforcement de la secousse patellaire, ou à sa diminution sous des influences variées. Maladies du système nerveux ; excitations périphériques ; mouvements violents des autres membres ; douleur produite par l'action de la chaleur, de l'électricité ; action sur l'œil de la lumière du magnésium ; fatigue, faim, repos, bonne nourriture à différentes heures de la journée. Nothnagel, Erb, Jendrassik, Mitchell et Lewis, Lombard ont signalé des actions de ce genre. Les expériences de Bowditch et Warren les amènent aux conclusions suivantes :

1° Si la volonté s'exerce au moment du choc, on constate qu'il y a, suivant l'intervalle des deux actes, renforcement ou affaiblissement. C'est une série d'effets contraires se succédant toutes les 0,22 à 0,60 secondes : le retour à l'état normal se produit au bout de 1", 7 à 2",5 ;

2° L'action d'un bruit soudain accroît la réaction patellaire : l'accroissement est maximum quand l'intervalle du choc et du bruit est de 0,2 à 0,3 de seconde ;

3° Même effet positif pour le stimulant visuel : intervalle de 0",1 à 0",3. Chez un individu, effet négatif, c'est-à-dire affaiblissement atteignant son maximum entre 0",4 et 0",8 ;

4° Même action pour un courant d'air agissant sur la conjonctive ;

5° Observations analogues pour un courant d'air agissant sur la muqueuse nasale. Influence de l'intervalle.

En somme, grandes variations individuelles et chez le même individu, suivant les circonstances. Les auteurs pensent trouver là le moyen d'apprécier les différences de condition du système nerveux. A. D.

Contribuzione farmacologicà alla dottrina dell' attivita delle diastole, par STEFANI et GALLERANI (*Archivio per le scienze mediche, XIV, p.* 219).

Goltz et Gaule ont signalé l'existence d'une pression négative dans le ventricule pendant sa diastole, plus grande d'un tiers dans le ventricule gauche que dans le droit. Une pression exercée à la surface externe du cœur dans le sac péricardique arrête la circulation en empêchant l'entrée dans le cœur du sang veineux. Si l'on sectionne les vagues, la pression nécessaire pour arrêter le cœur est moindre. L'augmentation de volume, diastolique, n'est pas proportionnelle à la diminution systolique précédente. Le passage de la systole à la diastole et la durée de la

diastole sont plus rapides, plus brusques dans certaines circonstances, par exemple dans le cas d'excitation asphyxique du centre des vagues. Ces faits sont favorables à l'idée de l'activité physiologique de la diastole : ou si cette activité est physique et due au jeu de l'élasticité, il faudrait que cette élasticité fût sous l'influence du système nerveux. Il restait à montrer que la force de la diastole peut augmenter ou diminuer sous l'action de diverses substances. Les auteurs annoncent qu'il en est ainsi ; que la digitale et la strychnine augmentent la force diastolique surtout par suite d'une action directe sur le cœur, comme elles augmentent d'ailleurs l'élasticité musculaire, d'après Rossbach et Anrep. La caféine augmente cette même force diastolique en excitant probablement les centres des vagues : l'atropine la diminue en les paralysant. A. D.

Voluntary control of the heart (Contrôle volontaire du cœur), par E. A. PEASE (*Boston medical and surgical journal*, 30 *mai* 1889).

L'action de la volonté sur le cœur peut s'exercer indirectement ou directement. L'action indirecte peut se produire en faisant naître des idées ou des souvenirs pénibles (cas de Botkin) ; en comprimant avec le doigt le nerf pneumogastrique (cas de Czermak) ; en arrêtant le rythme respiratoire par une forte contraction des muscles thoraciques, tandis que la glotte est fermée en inspiration (cas de Weber). L'action directe se manifeste dans les circonstances suivantes : concentration de l'attention sur les battements du cœur (cas de Carpenter, Holland, Joseph Frank, Wagner et Tuke, cas du lieutenant Townsend) ; on peut aussi arrêter, accélérer ou régulariser les battements. Tarchanoff a vérifié ce phénomène sur un étudiant Salomé. La respiration se modifie en même temps, mais trop peu pour influer par elle-même sur le cœur. Les faits s'expliquent par une relation entre les centres supérieurs psychiques et les centres cardiaques. Les mêmes personnes, qui ont ce pouvoir bien marqué, peuvent aussi exercer une action directe sur les muscles ordinairement involontaires, tels que les muscles de l'oreille, ceux de la 3e phalange digitale, etc. Pease a rencontré à l'Ecole de médecine de Harvard un sujet de ce genre. Il a étudié le phénomène du contrôle volontaire, noté l'état correspondant de la respiration, signalé la production simultanée de la sueur à la paume des mains. A. D.

Zur Kenntniss der Wirkung des N. vagus auf das Herz (Contribution à la connaissance de l'action du nerf vague sur le cœur), par JOHANNSON et R. TIGERSTEDT (*Stockholm, juillet* 1889).

Les auteurs rappellent les travaux de Coats, de Nuel (1874) ; de Mc William relatif à l'action du vague sur la force du cœur. Ils reprennent l'étude de cette action, et enregistrent les variations de volume du cœur. Ils constatent qu'avec une excitation faible, les systoles ventriculaires deviennent plus lentes, mais plus amples qu'auparavant. L'excitation devenant plus intense, on observe des systoles alternativement fortes et très faibles. Puis, l'excitation croissant, les systoles deviennent moins fréquentes et très faibles. Avec l'excitation maxima le silence du cœur est complet. A. D.

Ueber die gegenseitigen Beziehungen des Herzens und der Gefässe (Sur les rapports inverses du cœur et des vaisseaux), par J. E. JOHANNSON et R. TIGERSTEDT (*Skandinavischen Archiv für Physiologie, p.* 331, 1889).

Dans l'historique, les auteurs rappellent les travaux de Tappeiner (1872), Worm-Müller (1873), Lesser (1874), Pawlow (1878), V. Regeczy (1885), Cohnstein et Zuntz (1888), travaux qui ont montré la constance relative de la pression sanguine après la saignée ou après les injections dans le système vasculaire. Deux explications ont été données de ce fait, l'une qui suppose une faculté d'adaptation des vaisseaux à leur contenu et l'autre qui tient compte des transsudations entre les vaisseaux et les tissus. Les auteurs du présent mémoire se demandent quelle peut être la part du cœur dans ce phénomène de la stabilité de la pression sanguine : ils l'ont recherchée en mesurant les changements de volume du cœur par la méthode pléthysmographique. Ils ont pratiqué des transfusions ou des injections d'eau salée, de sang défibriné chez des lapins; et mesuré le nombre des battements, la pression artérielle et les changements de volume du cœur. Ils ont exécuté aussi des expériences de transfusion d'animal à animal. Dans une seconde série d'expériences, au lieu d'introduire du sang, ils en ont enlevé par saignée. Voici leurs conclusions : 1. Pendant la transfusion dans la veine jugulaire, les battements du cœur deviennent plus amples, une plus grande quantité de sang est chassée à chaque systole. 2. Si l'introduction est rapide ou considérable, il y a en même temps une sorte de stase dans le cœur. 3. Il peut même arriver que le cœur chasse dans les artères une quantité de sang moindre qu'avant, si l'injection est trop abondante. 4. Le cœur peut se fatiguer par cet excès de travail, perdre de son énergie et la pression sanguine s'abaisser notablement. Une saignée, pratiquée à ce moment, lui rend son activité normale. 5. Dans la saignée lente, le cœur peut chasser plus de sang qu'il n'en reçoit des veines. Il ne se vide pourtant jamais complètement. Dans la transfusion, le volume du cœur en systole est plus grand; dans la saignée, plus petit que dans les conditions normales. Toute la quantité de sang introduite par la transfusion, dans la jugulaire, ne va pas directement au cœur. Les animaux supportent mieux une transfusion d'eau salée que de sang défibriné. A. D.

Phénomènes d'inhibition dans le cœur des mammifères, par J. A. Mac WILLIAM (*The Journal of Physiology, vol. IX, p.* 345).

Les points examinés dans ce travail sont les suivants: 1° Action du pneumogastrique sur les oreillettes. 2° Action sur les ventricules. 3° Influence sur la propagation de la contraction des oreillettes aux ventricules. 4° Effets relatifs sur l'oreillette et le ventricule. 5° Excitation directe du cœur venant modifier les effets inhibitoires du vague. 6° De la période latente de l'excitation du vague. L'auteur conteste que l'effet de cette excitation atteigne d'emblée son maximum. 7° De la force du courant faradique nécessaire pour exciter le nerf vague. 8° Effets de la section des nerfs vagues. 9° De l'existence d'une zone d'inhibition locale, à la région dorsale du cœur, à l'union du sinus veineux et des oreillettes. De même chez la tortue. L'auteur signale dans le cœur des mammifères des aires

limitées jouissant de la même propriété. Chez le chat et le chien, cette zone est une bande allongée située à la face dorsale du cœur, le long du sillon interauriculaire, à gauche de l'embouchure de la veine cave inférieure. 10° Relations de la zone inhibitoire avec le nerf vague. 11° Effets inhibitoires de la stimulation directe de l'extrémité des grandes veines, sous certaines conditions anormales. A. DASTRE.

Ueber die Entstehung des ersten Herztones (Sur l'origine du premier bruit du cœur), par A. KASEM-BEK (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVII*, *p.* 53).

L'auteur rappelle en partie la bibliographie de cette question souvent controversée. En opérant sur des cœurs vides de sang, il constate que le premier bruit persiste reconnaissable, seulement affaibli ; tandis que le second bruit disparaît complètement. Le premier bruit serait donc essentiellement un bruit musculaire, tandis que le second serait dû à l'occlusion des valvules. A. D.

Zur Frage der Hemisystolie (Sur l'hémisystolie), par Ph. KNOLL (*Verein der Deutschen medic. Heidelberg*, 19 *septembre* 1889).

Il s'agit de la possibilité d'une contraction énergique du cœur droit, par exemple, coïncidant avec une contraction faible ou nulle du cœur gauche, de sorte que les deux cœurs seraient plus indépendants qu'on ne l'admet. En provoquant la dyspnée, l'anémie cérébrale, l'excitation des vaso-constricteurs, l'auteur observe chez le lapin une pulsation normale dans l'artère pulmonaire au moyen de l'instrument de Hürthle et une pulsation faible ou nulle dans la carotide. A. D.

Untersuchungen über den Puls (Recherches sur le pouls), par M. v. FREY et L. KREHL (*Archiv für Physiologie*, *p.* 31, 1890).

Les auteurs inscrivent au moyen d'un manomètre spécial la courbe des changements de pression qui se produisent chez le chien à chaque pulsation, dans les ventricules, dans les oreillettes et dans les artères. Leur tracé ventriculaire diffère considérablement de celui qui est considéré comme classique depuis les travaux de Chauveau et Marey. Le plateau systolique de Marey, avec ses trois ou quatre ondulations, est pour von Frey et Krehl un produit artificiel : pour eux, la ligne de descente succède immédiatement à la ligne d'ascension, de sorte que le tracé ventriculaire représente assez bien un graphique de secousse musculaire simple. Ils reconnaissent l'existence du vide postsystolique et celle de l'ondulation due à la systole des oreillettes, mais nient celle qui correspond à la fermeture des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Les tracés de l'oreillette ressemblent à ceux que Chauveau, d'Espine, Fredericq ont décrits. Remarquons que les auteurs n'admettent pas d'ondulation positive due à la fermeture des valvules auriculo-ventriculaires (ondulation visible cependant sur leur *fig.* 19).

Je ne suivrai pas les auteurs dans leur dissertation sur le pouls artériel. Ils admettent que l'ondulation secondaire est d'origine périphérique et due à un phénomène de réflexion. LÉON FREDERICQ.

Sur le pouls veineux physiologique, par Léon FREDERICQ (*Bulletins de l'Acad. royale de Belgique, mars* 1890).

L'auteur retrouve dans les inflexions du tracé de la pulsation de la jugulaire du chien les différentes ondulations qu'il a décrites antérieurement dans le tracé de l'oreillette. Il distingue à chaque révolution cardiaque : 1° une onde positive coïncidant avec la systole auriculaire; 2° une onde positive se produisant au début de la systole ventriculaire et due à la fermeture des valvules auriculo-ventriculaires et à leur projection vers l'oreillette; 3° une large ondulation négative correspondant à la plus grande partie de la durée de la systole ventriculaire et due à l'abaissement de la cloison auriculo-ventriculaire qui fait le vide derrière elle du côté de l'oreillette; 4° une ondulation positive due au relèvement de la cloison auriculo-ventriculaire lors du relâchement du muscle ventriculaire; 5° une ondulation négative due à la propagation du vide ventriculaire postsystolique, au contenu de l'oreillette et aux vaisseaux qui y débouchent. L. F.

Sur la circulation des mammifères au moment de la naissance, par Ch. CONTEJEAN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 23 *décembre* 1889).

Quelques auteurs ont pensé que la circulation de l'adulte s'établit graduellement et que dans le canal artériel passent encore, pendant deux ou trois jours, des quantités de sang décroissantes. Les expériences de l'auteur, faites sur des chiens une heure après la naissance, lui ont montré que dès ce moment le canal artériel ne fonctionne plus. L'étude anatomique lui a montré le canal artériel accolé aux troncs pulmonaires, de sorte que lorsque le sang allant aux poumons gonfle ces troncs, le canal artériel se trouve oblitéré par compression. Du reste, déjà deux heures après la naissance, les cellules de la membrane interne du canal artériel sont gonflées, avec noyaux sphériques, et dès lors cette tunique prolifère et pousse des bourgeons jusqu'à l'oblitération du canal, résultat atteint le cinquième jour. Les artères ombilicales s'oblitèrent par le même mécanisme, mais le processus est plus lent. M. DUVAL.

The coagulation question, par L. C. WOOLDRIDGE (*The Journal of Physiology, vol. X, p.* 329).

Mémoire posthume, l'auteur étant mort prématurément le 9 juin 1889. L. Wooldridge a appelé l'attention sur les coagulations intravasculaires qui se produisent sous l'influence de substances dénommées « fibrinogènes. » Halliburton a prétendu que ces substances produiraient simplement une obstruction vasculaire. L'auteur contredit cette explication. Il a préparé le fibrinogène en précipitant par le froid le plasma du sang peptonisé. Halliburton a prétendu que ce corps était de la peptone même ou une albumose. Wooldridge affirme que c'est une substance particulière existant réellement dans le plasma salé, et il en signale la préparation et les caractères. Il est d'accord avec Rauschenbach pour admettre que les cellules des ganglions lymphatiques, à l'état frais, ne contiennent point d'ores et déjà le ferment de la fibrine : elles en contiennent seulement « la substance mère » qui devient ferment de la fibrine, par suite d'un processus de destruction. Les solutions de fibrine-ferment, qui en deux

ou trois minutes coagulent le plasma magnésien dilué, n'agissent pas sur le plasma peptonisé. Et, au contraire, les leucocytes ajoutés à ce même plasma agissent très vite. Il faut donc distinguer l'un de l'autre le globule blanc et le fibrine-ferment, quant à leur rôle. Ce n'est pas immédiatement au sortir du vaisseau que le globule blanc contient le ferment. Toutes sortes de substances ajoutées au plasma peuvent en amener la coagulation, sans être le fibrine-ferment. Le plasma caractéristique est seulement le plasma magnésien très dilué d'Alexander Schmidt et le fibrinogène de Hammarsten extrait du plasma magnésien par plusieurs précipitations et redissolutions. Halliburton dans ses recherches n'a précisément pas employé ces deux plasmas typiques. Wooldridge combat la croyance au fibrine-ferment en se fondant sur ce qu'il n'a pu être séparé des substances protéiques. La présence de chlorure de sodium jusqu'à 3 0/0 facilite la coagulation ; Halliburton a dit à tort le contraire. En résumé, tout ce que l'on sait, avant comme après cet auteur, c'est que les leucocytes des ganglions produisent la coagulation, que les extraits protéiques des leucocytes la produisent encore, et qu'une substance protéique du sérum la produit aussi. La preuve tirée de la perte de propriété par ébullition n'a pas de valeur pour la démonstration d'un ferment. A. D.

Sur la respiration pulmonaire, par Christian BOHR (*Bulletin de l'Académie royale danoise*, 2 *novembre* 1888).

L'auteur a voulu savoir si les phénomènes de l'hématose pouvaient s'expliquer par les lois de la diffusion. Il conclut négativement. Le tissu pulmonaire joue un rôle actif, analogue pour l'excrétion gazeuse à celui des glandes pour l'excrétion liquide. Il mesure la tension des gaz, oxygène et acide carbonique, d'une manière comparative dans le sang artériel en circulation et dans l'air expiré, afin de vérifier si ces tensions justifient l'hypothèse de la diffusion. L'instrument employé est une modification de l'hémato-aréomètre de Ludwig. Un appareil spécial, ingénieusement disposé, permet de connaître la composition de l'air expiré dans un temps donné. Il résulte des tableaux que la différence de pression des deux côtés des parois de vésicules pulmonaires ne peut être la force qui produit les mouvements des gaz dans le tissu des poumons. Ce fait se manifeste surtout très clairement dans l'inspiration d'un air renfermant de l'acide carbonique. La tension dans le sang artériel, tant en ce qui concerne l'acide carbonique que l'oxygène, est très variable chez les différents individus, même s'ils sont placés dans des conditions extérieures identiques : celles-ci restant les mêmes, elle peut même varier chez le même individu. Ce sont là des conditions analogues à celles de la sécrétion glandulaire. A. D.

I. — Des contractions et des élongations en apparence spontanées des muscles atteints de la rigidité cadavérique, par BROWN-SÉQUARD (*Arch. de Phys.*, *p.* 675-682, *octobre* 1889).

II. — Sur les actions inconnues ou à peine connues des muscles après la mort, par BROWN-SÉQUARD (*Ibidem*, *p.* 726-732, 1889).

I. — La rigidité cadavérique n'est pas due à la coagulation d'une substance semi-liquide contenue dans les muscles, mais à un acte de

vie *post-mortem*. Brown-Séquard démontre que les muscles se raccourcissent et s'allongent spontanément tant que dure cette rigidité. De tels phénomènes tiennent à la persistance de l'irritabilité musculaire, c'est-à-dire de la propriété fondamentale du tissu musculaire vivant.

II. — Il y a dans les muscles après la mort une vitalité spéciale, capable de durer jusqu'à la cessation de la rigidité cadavérique, et pouvant se manifester par de la contracture, par un état cataleptiforme, par des mouvements de raccourcissement ou d'allongement, ou enfin par des tremblements. G. LION.

I. — Sur la chaleur animale : chaleur dégagée par l'action de l'oxygène sur le sang, par BERTHELOT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 25 *mars* 1889).

II. — Sur les chaleurs de formation et de combustion de divers principes azotés, dérivés des matières albuminoïdes par BERTHELOT et ANDRÉ.

III. — Chaleur de combustion des principaux composés azotés contenus dans les êtres vivants et son rôle dans la production de la chaleur animale, par les mêmes (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 28 *avril et* 5 *mai* 1890).

I. — Il est bien démontré aujourd'hui que les combustions respiratoires ont lieu dans l'intimité des tissus et non dans le poumon ; dans celui-ci se produit seulement la fixation de l'oxygène sur les globules, qui en deviennent le véhicule. Mais cette fixation elle-même n'est-elle pas une source de production de chaleur? C'est ce que viennent démontrer les rigoureuses et délicates expériences de Berthelot. La chaleur animale, conclut-il, peut être décomposée en deux parties : une première portion, le septième environ, se dégagerait dans le poumon même, par fixation de l'oxygène; les six autres septièmes se développeraient au sein de l'économie, par les réactions proprement dites d'oxydation et d'hydratation.

Mais ce n'est pas à dire que, pour cela, la température du sang s'élève nécessairement dans le poumon. A cet égard, en effet, les circonstances sont très diverses. Quand on respire une atmosphère saturée d'humidité, à la température de 37°, en tenant compte de la chaleur absorbée d'autre part dans le passage à l'état gazeux de l'acide carbonique du sang, le sang éprouve dans le poumon une élévation de température un peu inférieure à un dixième de degré. Mais ces conditions sont rares. Au contraire, avec une température ambiante de 0 degré et un air sec, le sang se refroidira dans le poumon de un dixième de degré. Dans les conditions de la vie normale, dans nos climats, conditions intermédiaires aux deux extrêmes pris pour exemple, les effets sont à peu près compensés, et le sang n'éprouve pas de changement de température en traversant le poumon.

II et III. — Les trois nombres suivants : 12400 calories pour les corps gras, 10870 pour les albuminoïdes, 9470 pour les hydrates de carbone, représentent le pouvoir calorifique respectif des poids de ces diverses matières, contenant 1 gramme, c'est-à-dire une même proportion de carbone. Si on préférait rapporter ce pouvoir à 1 gramme des principes eux-mêmes, supposés privés de l'eau qu'ils perdent vers 120°, on aurait à peu près 9400 calories pour les corps gras, 5700 pour

les albuminoïdes, 4200 pour les hydrates de carbone (fécule et congénères).

Mais parmi les nombres ainsi calculés dans l'hypothèse d'une combustion totale, ceux qui concernent les albuminoïdes sont trop forts d'un sixième, lorsqu'on envisage ces corps comme producteurs de chaleur animale, la déperdition de chaleur due à l'élimination de l'azote sous forme d'urée s'élevant en moyenne à 16 centièmes, tandis que les quantités relatives aux hydrates de carbone et aux corps gras s'appliquent intégralement à la génération de la chaleur animale.

Ces données sont vérifiables pour un organisme en pleine activité, qui consomme ses aliments, les brûle complètement (l'urée exceptée), et se retrouve chaque jour, et après une série de jours, dans un état identique à celui qu'il présentait à l'origine. Mais, pour un organisme malade ou affaibli, qui ne brûlerait pas complètement les matières alimentaires, les corps gras, qui possèdent la puissance calorifique la plus considérable, sont aussi ceux qui cessent les premiers à fournir leur énergie et se déposent dans l'organisme. M. DUVAL.

A comparative study of artificial and natural digestion, par Sheridan LEA (*The Journal of Physiology, vol. XI, p.* 226).

On a insisté depuis longtemps sur les conditions différentes de la digestion naturelle et de la digestion artificielle. Par exemple, en ce qui concerne l'estomac, on a signalé les mouvements de la masse et l'absorption des produits digérés. L'auteur emploie un appareil qui réalise la digestion artificielle avec ces deux conditions. Il étudie, en premier lieu, la digestion de l'amidon par la salive. On sait qu'une partie seulement de l'amidon 52 0/0 peut se transformer en sucre. S. Lea a voulu savoir si, en enlevant le sucre formé, on peut augmenter cette proportion. Il a constaté que la vitesse de la digestion est considérablement accrue, que la quantité d'amidon transformé est plus grande et la quantité de dextrine moindre. Des conditions plus favorables encore réalisées dans le tube digestif pourraient permettre, d'après cela, une transformation totale. Le sucre formé est du maltose.

Des procédés du même genre appliqués à la digestion pancréatique des matières protéiques conduisent aux constatations suivantes : la quantité des matières qui résistent à la digestion est moindre dans l'appareil de Lea que dans les vases clos. La quantité de leucine et de tyrosine est moindre également. Le mémoire se termine par des considérations sur le rôle de la leucine et de la tyrosine. A. D.

Die Zersetzungen des Nahrungeiweisser im Thierkörper (Destruction de l'albumine alimentaire dans l'organisme animal), par A. FICK (*Sitzungsberichte der physik-medicin. Gesellsch. zu Würzburg, p.* 1, 1890).

On sait que l'excrétion de CO^2 augmente après un repas abondant. Cette augmentation de l'excrétion et par conséquent de la production de CO^2 est attribuée par les uns à l'activité physiologique du canal intestinal, par les autres à l'augmentation des matériaux combustibles déversés dans les sucs organiques. Dans le premier cas interviendrait le travail mécanique du muscle intestinal, source faible, et en second lieu

le travail de la sécrétion. Celui-ci s'accompagne de production de chaleur. On a évalué à 6 kilog. environ la quantité de sucs sécrétés pendant six heures après un repas. Les données de Ludwig permettent d'évaluer à 40000 microcalories la chaleur produite, ce qui correspond à la combustion de 5 milligrammes de charbon, pendant une période d'excitation qui fournit 10 grammes de sécrétion. On calcule aussi pour tout le travail glandulaire une production de 4500 centimètres cubes de CO^2. En réalité l'augmentation moyenne de CO^2 étant de 30 centimètres cubes par minute, l'accroissement d'excrétion de ce gaz est de 11000 centimètres cubes.

Il en résulte que cet accroissement ne peut s'expliquer par l'activité digestive. Il faut faire intervenir la présence dans les sucs digestifs de combinaisons carbonées combustibles. Celles-ci sont mises en dépôt pendant quelque temps lorsqu'il s'agit des graisses et hydrates de carbone : mais pour les albuminoïdes, on sait que quelques heures après le repas, tout l'azote alimentaire est excrété à l'état d'urée : la destruction marche ici de pair avec la résorption. Cette considération amène *Fick* à l'hypothèse que les produits de digestion des albuminoïdes sont conduits au foie, y sont dédoublés en composés non azotés, combustibles mis en réserve pour le fonctionnement physiologique et en composés azotés repris par le sang. Ceux-ci sont de l'urée ou des corps voisins. Il est probable que ce sont d'abord des composés plus riches que ceux-ci en carbone et qui s'y réduisent par la combustion d'une partie de ce carbone. *Fick* admet que ce second acte s'accomplit dans le rein, où une grande quantité de sang artériel se change en sang veineux ; dans les cellules sécrétoires se ferait la combustion et dans les cellules des *tubuli contorti* la combinaison des produits de cette combustion en urée. Telle serait l'origine de l'accroissement d'acide carbonique après les repas.

Si l'hypothèse est vraie, on doit trouver plus d'acide carbonique après un repas azoté qu'après un repas de graisses ou d'hydrates de carbone. *Fick* a entrepris des recherches expérimentales pour s'assurer s'il en est ainsi : des perturbations secondaires l'ont empêché d'aboutir à des conclusions certaines. Mais *Rubner*, sans être guidé par aucune idée théorique, a vérifié le fait par avance. A. D.

Die Verdauung von Fleisch bei Schweinen (Digestion de la viande chez les porcs), par ELLENBERGER et HOFMEISTER (*Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiol. Abtheilung.*, *p.* 280, 1890).

Le porc est omnivore, comme l'homme : de là l'intérêt d'étudier chez lui la digestion de la viande. Les auteurs, après avoir soumis l'animal au jeûne, le sacrifient à différents moments après l'ingestion d'une quantité de viande, pesée et préparée de manière que la composition en soit bien connue. Ils recherchent alors la condition des différents segments de l'estomac et du tube digesif. Ils constatent les faits suivants : 1° la quantité d'acide du contenu stomacal, dans l'alimentation à la viande, est relativement faible ; 2° le degré d'acidité du suc stomacal varie avec la nature de l'alimentation ; 3° la nature de l'acide gastrique varie aussi avec l'alimentation ; par exemple, pour un degré d'acidité 2,8 pour 100, on trouve 2,5 d'acide chlorhydrique et 0,3 d'acide lactique, dans le cas

d'alimentation à la viande. — Avec les pommes de terre, on trouve 1,2 d'acide chlorhydrique, 3,94 d'acide lactique, 0,07 d'acide gras; 4° le degré d'acidité augmente avec la durée de la digestion; 5° le degré d'acidité est différent dans le cul-de-sac pylorique et dans la partie cardiaque; 6° la quantité de peptones augmente au début et diminue plus tard; 7° la quantité d'albumine dissoute, notable au début, diminue très rapidement après la première heure; 8° l'intestin contient des quantités insignifiantes d'albumine non dissoute et des quantités plus considérables d'albumine dissoute; 9° la quantité de liquide augmente dans l'estomac à mesure que la digestion avance, dans le cas d'alimentation à la viande; 10° la durée du séjour dans l'estomac varie avec la quantité et avec la nature de l'aliment; 11° la quantité d'albumine digérée varie de 23 0/0 à 88 0/0 dans l'espace de douze heures; 12° la quantité absorbée varie dans les mêmes proportions. A. D.

Ueber den Einfluss des Eiweiss auf die Verdauung der Stickstoff freien Nährstoffe (Influence de l'albumine sur la digestion des matières non azotées) par T. ROSENHEIM (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVI*, *p.* 422).

Indépendamment du rôle alimentaire que remplit l'albumine par elle-même, son mélange à la ration alimentaire permet une meilleure utilisation des autres catégories d'aliments. En particulier, l'utilisation des graisses devient complète à mesure que se prolonge un régime pauvre en matières albuminoïdes. A. D.

Die physiologische Bedeutung des Darmsafts (Signification physiologique du suc intestinal), par G. BASTANIELLI (*Untersuchungen zur Naturlehre. v. Moleschott.*, *XIV*, *p.* 138).

L'auteur a étudié le suc d'une fistule intestinale et les extraits par macération. Il a essayé d'exclure autant que possible l'action des micro-organismes. Il a trouvé un ferment soluble actif sur le sucre de cannes et sur l'amidon. Le ferment de l'amidon est peu énergique. Les extraits incomplètement purifiés peuvent transformer l'hémialbumose en peptone: les autres actions sont douteuses. A. D.

Ueber Darmresorption, nach Beobachtungen an einer Lymph (chylus)-fistel beim Menschen (Sur la résorption intestinale, d'après des observations faites sur une fistule lymphatique (chyleuse) dans l'espèce humaine), par J. MUNK et ROSENSTEIN (*Archiv für Physiologie*, *p.* 376, 1890).

Les auteurs ont eu l'occasion d'utiliser un cas de fistule chyleuse de la jambe pour étudier dans l'espèce humaine la composition du chyle, tant à l'état de jeune qu'après l'ingestion de graisses diverses, d'acides gras, etc.

Le chyle recueilli à jeun, d'une densité de 1017-1023, contenait 3,7-5,5 0/0 matériaux solides, dont 3,4-4,1 0/0 d'albuminoïdes, 0,06-0,13 0/0 d'extrait éthéré, 0,1 0/0 de sucre, avec 0,05-0,07 0/0 d'azote des matières extractives et 0,8-0,9 0/0 de sels.

Deux heures après l'ingestion de graisse, le chyle commence à devenir laiteux, et cet aspect s'accentue jusqu'à la 5e-8e heure. Dès la 3e-4e heure, le chyle peut contenir jusqu'à 4 1/2 0/0 de graisse. On peut

pendant les 13 premières heures recueillir jusqu'à 60 0/0 de la graisse ingérée. En même temps, la proportion de graisse dans le sang n'augmente pas (0.16 0/0) : les auteurs en concluent que très probablement le cours du chyle est complètement interrompu et que la totalité de ce liquide s'écoule par la fistule. On peut donc utiliser le cas pour étudier heure par heure la marche de la résorption de la graisse. Les auteurs constatent qu'après ingestion d'huile d'olives et après celle de suif de mouton, la graisse du chyle a respectivement les propriétés physiques de l'huile d'olives et du suif de mouton, qu'après ingestion d'un acide gras hétérogène (acide érucique), l'acide apparaît dans le chyle sous forme de graisse neutre (érucine).

L'ingestion de sucre, celle d'albuminoïdes, augmente à peine la teneur du chyle en sucre ou en albuminoïdes. LÉON FREDERICQ.

Zur Lehre von der Fettresorption (Sur la résorption de la graisse), par P. v. WALTHER (*Archiv für Physiologie, p.* 329, 1890).

L'auteur constate, à l'exemple d'I. Munk, que l'introduction d'acides gras dans le tube digestif du chien a pour effet de faire apparaître dans le chyle une grande quantité de graisse neutre qui est ensuite déversée dans le sang. La proportion normale (très faible d'ailleurs) d'acides gras dans le chyle n'augmente pas dans ces conditions. Une partie au moins de cette graisse neutre a dû se former à l'intérieur même de l'intestin, car on y constate directement sa présence ainsi que celle de la glycérine. La quantité de savons qui se forme dans l'intestin est si petite (souvent nulle) qu'on ne peut lui attribuer de rôle dans la résorption de la graisse par ces villosités intestinales. Si l'on compare la quantité de graisse que l'on recueille par le canal thoracique avec la quantité d'acide gras qui disparaît de l'intestin au cours d'une expérience, on constate qu'une partie notable des acides gras introduits doit quitter l'intestin par une autre voie que celle des chylifères. LÉON FREDERICQ.

Zur Lehre von der Fettresorption, par O. MINKOWSKI et ABELMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 15, *p.* 333, 14 *avril* 1890).

Il résulte des expériences de Minkowski et Abelmann que chez les animaux ayant subi une ablation totale du pancréas, les matières grasses ne sont plus absorbées par l'intestin, à la seule exception de celles du lait.

L'ablation du pancréas n'est suivie d'aucune altération de la sécrétion biliaire qui puisse rendre compte de la non résorption des graisses dans l'intestin.

Ce phénomène ne peut non plus s'expliquer par la propriété qu'aurait la sécrétion pancréatique de dédoubler les matières grasses; en effet, après l'extirpation du pancréas, les graisses retrouvées dans les selles sont en majeure partie dédoublées et les graisses contenant une forte proportion d'acides gras libres ne sont pas mieux absorbées que les autres.

L'absorption persistante du lait montre que c'est la forme sous laquelle les matières grasses entrent en contact avec la muqueuse intestinale qui domine toute la question.

Après l'ablation du pancréas, la moitié des substances albuminoïdes

et les deux tiers environ des amylacées sont encore résorbées dans l'intestin. J. B.

Observations on human bile obtained from a case of biliary fistula, par Monkton COPEMAN et WINSTON (*The Journal of Physiology, vol. X, p.* 213).

Fistule biliaire chez une femme de 26 ans; la bile s'écoulait au dehors; on ne trouvait pas de traces de bile dans l'urine ni dans les fèces. Le cholédoque était bouché par un gros calcul.

On recueillit la bile de chaque jour; la quantité varia de 26 à 34 onces. L'administration de pilules de bile de bœuf purifié ne modifia pas sensiblement l'excrétion (24 à 28 onces).

La rapidité de la sécrétion varia considérablement aux différentes heures, contrairement aux observations de von Vittich, Yeo et Herroun. On a noté que ce n'était pas une production continue, mais un déversement par à-coups. La bile était couleur vert olive et non point jaune. La densité varia de 1008 à 1105. — La quantité de résidu sec oscilla autour de 1,42 0/0. — On analysa le résidu sec. — On n'a pas noté de constipation. Appétit vorace. Augmentation de poids. On sait que le foie ictérique résiste longtemps à la putréfaction et que les excréments ont une odeur fétide. Les auteurs tentent des cultures des différents bacilles (du charbon, du spirille de Finkler et Prior, de la septicémie du lapin, etc.) dans des tubes à gélatine mêlée de 30 à 60 0/0 de bile. Le développement s'est fait partout facilement. La bile n'a donc pas une influence antiseptique appréciable, sauf peut-être en ce qui concerne le processus de la putréfaction ordinaire. La stercobiline est probablement formée par la réduction des pigments biliaires dans l'intestin; mais l'urobiline semble être formée dans le foie simultanément avec les pigments biliaires. A. D.

On the histology of the mucous salivary glands and on the behaviour of their mucous constituents, par J. N. LANGLEY (*The Journal of Physiology, vol. X, p.* 433).

L'auteur étudie l'apparence microscopique des glandes orbitaires, sous-maxillaires et pharyngiennes à l'état frais et à l'état de durcissement; les différents corps qui peuvent se rencontrer dans la salive; les modifications des cellules glandulaires pendant la sécrétion; la nature des cellules semi-lunaires; la nature de la substance muqueuse dans la glande et dans la salive. A. D.

Sécrétion salivaire. Connexions des cellules nerveuses périphériques avec les filets nerveux qui innervent les glandes sous-maxillaire et sublinguale, par J. N. LANGLEY (*The Journal of Physiology, vol. XI, p.* 123).

La corde du tympan n'a pas de connexion avec les cellules nerveuses du ganglion sous-maxillaire Ce ganglion ainsi que les groupes nerveux dispersés dans le triangle cordo-lingual et ceux qui se rencontrent vers le hile de la glande sous-maxillaire appartiennent pour la plupart aux filets nerveux destinés à la glande sublinguale. Il n'y a point, le long de la corde du tympan, de relations entre les cellules nerveuses de cette corde et les nerfs sympathiques. — Ces cellules du trajet chordo-tympanique sont paralysées par la nicotine. Les terminaisons nerveuses des

nerfs sécrétoires ne sont point modifiées par la nicotine. Les fibres sécrétoires du sympathique ne sont point liées à des cellules nerveuses au-dessus du ganglion cervical supérieur. Les filets vaso-dilatateurs de la corde du tympan sont en relation avec ces cellules nerveuses, et celles-ci sont paralysées par la nicotine. Les filets vaso-dilatateurs du sympathique cervical (découverts par Dastre et Morat) se terminent dans les cellules du ganglion cervical supérieur. Ils n'auraient de connexion ni avec le ganglion thoracique, ni avec le ganglion cervical supérieur.

A. D.

Beitrag zur Anatomie und Physiologie des Kehlkopfes (Contribution à l'anatomie et à la physiologie du larynx), par J. v. BEREGSZASZY (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVI*, *p.* 465).

Lescartilages aryténoïdes sont disposés en vue de l'inspiration et non en vue de la phonation : l'articulation crico-aryténoïdienne est respiratoire, tandis que l'articulation thyro-cricoïdienne est phonatrice, que l'effet en soit dû à l'abaissement du thyroïde sur le cricoïde ou inversement, comme le veut Hooper. L'auteur rappelle les notions classiques sur l'anatomie du larynx : il fait jouer un rôle à la flexibilité du cartilage de Santorini non seulement dans l'occlusion du larynx (Luschka), mais dans le redressement de l'épiglotte lors de la production des sons ascendants de la gamme. A mesure que l'on produit un son plus aigu, le larynx est plus soulevé, l'épiglotte attirée également par les génio-glosses; les replis ary-épiglottiques tirés plus fortement en haut et en avant redressent aussi le cartilage flexible de Santorini. Le diamètre antéro-postérieur de l'orifice laryngé s'accroit aux dépens du diamètre transversal : les muscles ary-épiglottiques contribuent aussi à ce rétrécissement du vestibule du larynx. On ne connaît pas bien le rôle du muscle ary-épiglottique : on a tort de le considérer comme un dépresseur de l'épiglotte. De même l'épiglotte, au lieu d'être seulement un couvercle pour l'ouverture laryngée, jouerait un rôle important dans la phonation. Il est presque vertical pendant les sons de fausset et s'abaisse avec le son lui-même. L'observation peut être faite au laryngoscope sur un chanteur reproduisant la gamme chromatique ascendante et descendante. La hauteur du son ne dépend point réellement de la tension des cordes vocales; elle dépend de trois facteurs : la position relative des deux cordes et non leur tension ; la position de l'épiglotte; la force du courant d'air.

Les auteurs classiques admettent à tort la nécessité de la fixation du cartilage aryténoïde pendant la phonation, qu'elle soit réalisée par la fixation des bords articulaires ou par l'action du muscle posticus. Ce cartilage se meut dans une direction presque perpendiculaire à la direction de tension des cordes vocales. B... signale dans la partie médiane de la capsule articulaire un remarquable faisceau du renforcement. Il discute la théorie de la fixation du cartilage aryténoïde en se fondant sur des constatations anatomiques : il combat les explications de Jelenffy. En résumé, l'articulation crico-aryténoïdienne est au repos dans l'état cadavérique des cordes vocales. Dans la phonation, cette articulation n'est fixée ni par la capsule ou par ses bords, ni par aucune force musculaire, particulièrement celle du muscle posticus ou de son prétendu

faisceau horizontal. L'articulation crico-thyroïdienne réalise toutes les conditions nécessaires à la phonation. A. D.

I. — On the central motor innervation of the larynx, par Félix SEMON et Victor HORSLEY (*Brit. med. journ.*, *p.* 1383, 21 *décembre* 1889).

II. — On the central motor innervation of the larynx, par H. KRAUSE (*Brit. med. journ.*, *p.* 123, 18 *janvier* 1890).

I. — Les expériences de Semon et Horsley sur les singes, poursuivies dès 1887, donnent les résultats suivants :

Il existe dans chaque hémisphère cérébral une zone qui répond à l'excitation des mouvements d'adduction des cordes vocales. Cette zone est située à la base de la troisième circonvolution frontale, juste en arrière de la portion inférieure du sillon précentral. Ceci se vérifie également pour le chien et le lapin. Mais chez le chat, la localisation semble différente. Les auteurs n'ont pas trouvé de centre cortical des mouvements d'abduction des cordes vocales. Pour les mouvements d'adduction, l'excision de la zone motrice ci-dessus mentionnée n'entraîne pas de paralysie des cordes vocales : et si ultérieurement on excite la zone motrice de l'hémisphère opposé, on voit se contracter les cordes vocales, comme si l'opération n'avait pas été faite. On peut donc en conclure que l'excitation unilatérale de ce centre produit des effets bilatéraux et détermine du spasme de la glotte : inversement, la déglutition unilatérale du centre reste sans effet sur le fonctionnement des cordes vocales. Ainsi s'explique pourquoi dans les lésions des hémisphères, l'aphasie est un symptôme si commun, alors que l'aphonie est si rare et tout à fait exceptionnelle.

Le cri épileptique du début de l'attaque n'est pas le résultat d'une décharge bulbaire, mais de l'excitation prolongée du centre cortical des mouvements d'adduction des cordes vocales.

Le centre des mouvements d'abduction est au contraire situé dans la moelle allongée. L'excitation directe du noyau accessoire du bulbe provoque toujours l'écartement des cordes vocales, et n'a pas d'autre effet.

Ces résultats sont fort intéressants, en ce qu'ils montrent le larynx phonateur en relation avec les centres corticaux de la parole et de la volonté, tandis que le larynx respiratoire est en rapport avec les centres bulbaires de la respiration automatique, où la volonté n'a pas à intervenir.

II. — A propos de la communication de V. Horsley et Semon sur les centres corticaux des mouvements du larynx, Krause rappelle que dès 1883, il a fait les mêmes recherches et qu'il est arrivé à des résultats identiques.

En réponse à la revendication de Krause, Horsley et Semon (*Brit. m. j.* p. 175), rappellent que Ferrier et Duret, bien avant Krause, ont signalé l'influence des lésions corticales du cerveau sur l'expression de la voix chez les chiens, par conséquent que ces auteurs ont des droits de priorité antérieur à ceux de l'auteur allemand. Ils ajoutent que les recherches de Krause n'ont jamais montré l'impossibilité de provoquer une

paralysie laryngée unilatérale, et qu'elles sont incomplètes sur bien des points. H. R.

Zur Klangfarbe der gesungenen Vocale (Du timbre des voyelles chantées), par H. PIPPING (*Zeitschrift für Biologie, XXVII, p.* 1).

Les voyelles chantées ne contiennent que des harmoniques partiels. Les intensités de ces harmoniques ne dépendent pas de leurs numéros d'ordre relatif. Les différentes voyelles se distinguent les unes des autres par les régions de renforcement qu'elles présentent, différentes en nombre, étendue et position sur l'échelle des sons. On peut, dans quelques cas, en étudiant des personnes ayant le même accent, constater une prononciation absolument identique, d'une même voyelle. A. D.

Physiologie de la trachée et des bronches : déductions pathogéniques et pathologiques, par NICAISE (*Revue de médecine, p.* 960, *novembre* 1889).

A l'état normal, dans la respiration calme, la trachée est en contraction, et cela dans les deux temps de la respiration. Les extrémités des anneaux cartilagineux sont en contact, et les anneaux se touchent par leurs bords. La portion membraneuse est revenue sur elle-même, et la muqueuse fait à son niveau une légère saillie dans l'intérieur du conduit. Cet état de contraction normale, continue, est due à l'action tonique des tissus musculaire et élastique qui entourent le cylindre trachéal et existent surtout au niveau de la portion membraneuse et des membranes interannulaires.

Pendant la respiration forte, le cri, le gémissement, le chant, etc., la trachée se dilate et s'allonge pendant l'expiration, le larynx monte; elle se rétrécit et se raccourcit pendant l'inspiration, le larynx descend.

La dilatation de la trachée est en rapport avec la force de l'expiration; elle est plus grande généralement à la partie supérieure du conduit. La dilatation est due à la pression mécanique de l'air intra-trachéal, refoulé par les forces expiratrices.

La portion membraneuse de la trachée a pour but de lui permettre de se dilater plus ou moins; les membranes interannulaires font de la trachée un tube flexible, et en même temps elles lui permettent de s'allonger pendant l'expiration forte, brusque, et pendant la déglutition.

La trachée dilatée agit incessamment comme un tube élastique qui comprime l'air contenu dans son intérieur; cette propriété joue un rôle dans la production de la voix, du chant, etc.

Les bronches *extrapulmonaires* se comportent à peu près de la même façon que la trachée. Quant aux bronches *intrapulmonaires*, elles s'allongent dans l'inspiration calme ou forte et se raccourcissent dans l'expiration calme ou forte, et cela d'autant plus que les mouvements du poumon ont été plus étendus.

Leur diamètre transversal se rétrécit pendant l'inspiration calme ou forte. Il ne change pas pendant l'expiration calme.

Pendant l'expiration forte, le diamètre transversal se dilate sous l'influence de la pression de l'air intrapulmonaire.

La dilatation de la trachée pendant l'expiration forte, pendant l'effort, joue un rôle dans la dilatation du cou pendant l'accouchement, dans

celle que l'on observe chez les chanteurs, dans la production des trachéocèles, etc.

L'auteur termine son mémoire par quelques remarques sur l'expectoration. C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude de l'innervation vaso-dilatatrice de la muqueuse nasale, par François FRANCK (*Arch. de Physiologie, n° 4, p.* 691, 1889).

L'innervation artérielle des fosses nasales est dévolue aux branches efférentes du ganglion de Meckel (nerf sphéno-palatin externe, nerf palatin antérieur, nerf sphéno-palatin interne) pour les trois quarts postérieurs de la muqueuse et à l'ophtalmique (filet ethmoïdal du rameau nasal) pour le quart antérieur.

Mais il s'agit de préciser si les filets vaso-dilatateurs, fournis par le ganglion de Meckel, tirent leur origine du trijumeau par l'intermédiaire du nerf maxillaire supérieur, du facial ou du sympathique par l'intermédiaire du nerf vidien, et si les filets fournis par l'ophtalmique tirent également leur origine du trijumeau ou du sympathique.

L'expérimentation permet d'établir :

1° Que le facial ne fournit pas de vaso-dilatateurs aux fosses nasales, et que le filet carotidien du nerf vidien n'en fournit qu'un très petit nombre;

2° Que ces vaso-dilatateurs proviennent : *a*) de la branche ophtalmique de Willis et sont représentés par des fibres venues du trijumeau; *b*) du maxillaire supérieur, et sont représentés par un certain nombre de fibres venues du trijumeau, et par des fibres beaucoup plus nombreuses venues du sympathique cervical, fibres qui ont opéré leur jonction avec le trijumeau en un point assez voisin de l'origine de ce dernier nerf.

La muqueuse nasale est donc soumise à l'influence vaso-dilatatrice du bulbe par le trijumeau et à celle de la partie supérieure de la moelle dorsale par le sympathique cervical. G. LION.

Untersuchungen zur vergleichenden Physiologie der Iris (Recherches sur la physiologie comparée de l'iris), par E. STEINACH (*Archiv für die gesammte Physiol., XLVII, p.* 289).

Chez la plupart des vertébrés, poissons, amphibiens, reptiles, oiseaux, mammifères inférieurs, où le croisement dans le chiasma optique est complet, la réaction pupillaire reste localisée à l'œil excité par la lumière. Il y a donc séparation et indépendance des deux centres constricteurs de la pupille et des filets réflexes correspondants. Ces filets réflexes, centripètes et centrifuges, subissent donc eux aussi un croisement complet. On passe du croisement complet à l'entrecroisement partiel de la manière suivante : Ce sont d'abord les fibres visuelles seules qui se partagent, les fibres iriennes restant séparées. C'est ce qui arrive chez le lapin, chez les rongeurs, où le réflexe irien reste encore unilatéral. Enfin, chez les mammifères supérieurs, des fibres iriennes passent aussi dans le faisceau non croisé, et alors la réaction irienne est bilatérale. C'est ce qui a lieu chez l'homme.

L'unilatéralité ou la bilatéralité du réflexe irien est liée au croisement partiel des fibres pupillaires, et non pas au croisement partiel des

champs visuels. Les oscillations spontanées de la pupille, indépendantes de l'excitant lumineux, se manifestent chez les mammifères supérieurs aussi bien que chez l'homme; de même chez les oiseaux, les tortues, etc.; elles s'expliquent par des excitations physiologiques ou des causes physiques. La rétine est excitable non seulement par les rayons directs qui ont traversé le cristallin, mais par les rayons inverses réfléchis par la choroïde. A. D.

Quelques points de la physiologie des nerfs glandulaires, par J. Rose BRADFORD (*The Journal of Physiology, vol. IX, p.* 287).

L'auteur a étudié les points suivants : 1° excitation de la corde du tympan chez le chien par des chocs d'induction isolés, puis par des décharges à rythme lent, enfin par des décharges rapides, et dans ces divers cas on a constaté les conditions électriques de la glande. En second lieu, l'auteur insiste sur l'effet d'emmagasinement des stimulations antérieures. Il étudie les conséquences pour la sécrétion parotidienne du chat de l'ablation du ganglion cervical supérieur, les effets de la destruction du plexus tympanique chez le chien. Il admet que la sécrétion glandulaire est gouvernée par un mécanisme intraglandulaire, et que ce mécanisme est relié au système nerveux central par deux sortes de nerfs, les uns inhibitoires ou anaboliques contenus dans les nerfs crâniens; les autres cataboliques ou stimulateurs existant à la fois dans les nerfs crâniens et sympathiques. A. D.

Sur la sensibilité de l'urètre chez l'homme, par GUYON (*Arch. de Physiologie, p.* 642-650, *octobre* 1889).

La sensibilité de l'urètre chez l'homme est à la fois commune et spéciale. Dans la majeure partie de l'étendue du canal, elle ne diffère ni à l'état physiologique, ni à l'état pathologique de celle des autres muqueuses. Dans un point parfaitement déterminable, au niveau de la portion membraneuse qui marque la limite entre l'urètre antérieur et l'urètre postérieur, elle offre des caractères tout particuliers. Très vivement excitable par le contact uni à une pression excentrique, elle ne paraît pas influencée par l'inflammation. Ses manifestations physiologiques et pathologiques sont sous la dépendance de la vessie et du système nerveux, qui l'influencent par action réflexe. Aussi la partie de l'urètre qui en est le siège, et qui joint à cette sensibilité une contraction puissante, joue-t-elle le rôle d'un sphincter. Surtout appréciable à l'état normal, lorsque se manifeste le besoin d'uriner, son action est encore évidente pendant le plein repos de la vessie. Il en résulte que l'urètre postérieur constamment fermé est nettement séparé de l'antérieur. Cette délimitation de l'état physiologique a l'influence la plus manifeste sur les états pathologiques.

G. LION.

The innnervation of the renal blood vessels, par J. Rose BRADFORD (*The Journal of Physiology, vol. X, p.* 358).

L'auteur s'est proposé, en employant la méthode de l'oncomètre de Ch. Roy, de résoudre les questions suivantes : 1° origine et trajet des filets vaso-constricteurs; 2° existence et trajet des vaso-dilatateurs;

3° phénomènes consécutifs à l'excitation du splanchnique; 4° phénomènes consécutifs à l'excitation du bout périphérique du vague; 5° phénomènes réflexes sur les vaisseaux du rein. Voici les principales conclusions : Tous les filets vaso-moteurs rénaux sortent de la moelle par les racines antérieures, surtout entre la 6e et la 13e paire dorsale. Au-dessus, l'on peut trouver un très petit nombre de filets ; au-dessous également, dans la 3e et 4e paires lombaires. Ces filets vaso-moteurs rénaux sont de deux espèces : vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs. Les premiers sont beaucoup plus développés, et il faut des recherches très délicates pour manifester les vaso-dilatateurs. C'est surtout dans les 11e, 12e et 13e paires dorsales que se trouvent les vaso-moteurs en abondance. — On ne peut manifester l'existence de filets vaso-constricteurs du rein dans le nerf vague. — Les excitations réflexes révèlent habituellement des contractions du rein : cependant on obtient souvent des dilatations en excitant le bout central de la racine postérieure d'un nerf appartenant à l'aire rénale (11e à 13e paire). L'excitation du bout central d'un nerf intercostal produit une contraction du rein : la dilatation est donc due évidemment à l'excitation des filets viscéraux afférents. Quelquefois il arrive qu'une excitation provoque une dilatation générale, et alors on observe sur le rein une dilatation passive. Enfin, l'action des splanchniques paraît être limitée, pour chaque nerf, au côté correspondant. A. D.

Ueber die Empfindlichkeit der Gelenkenden (Sur la sensibilité des extrémités articulaires), par GOLDSCHEIDER (*Archiv für Physiologie, p.* 380, 1890).

L'excitation mécanique ou thermique des extrémités articulaires (extrémité inférieure du tibia, quatrième métatarsien) provoque chez le lapin des réflexes respiratoires. L'excitation des parties situées sous la surface de l'articulation et celle de la moelle osseuse donne les mêmes résultats et nous conduit à admettre l'existence de nerfs sensibles dans ces parties. L. F.

Untersuchungen über die Perspiratio insensibilis (Recherches sur la perspiration insensible), par E. PEIPER (*Wiesbaden*, 1889).

La perspiration insensible a donné lieu à une multitude de travaux qui sont rappelés ici et qui se résument à ceci que la peau élimine de l'eau et une petite quantité de CO^2, et que cette fonction est inégale dans les diverses régions du corps et différente d'un côté à l'autre. L'auteur reprend cette étude, il s'occupe particulièrement des points suivants : Influence de l'heure de la journée, de la température, de l'état hydrométrique, de l'état barométrique, de la température du corps, de la fréquence de la respiration et de la circulation, des rapports de la perspiration avec la sécrétion urinaire et la sécrétion sudorale, de l'effet de l'âge, du sexe, de la taille et du poids du corps. Voici les conclusions : La perspiration est continue et ininterrompue. Les différentes régions y participent d'une façon variable, suivant leur structure et leur irrigation sanguine. Elle présente des oscillations régulières dans le cours du jour et de la nuit. C'est la température de l'air ambiant qui exerce sur elle l'influence prédominante. Les autres influences, état barométrique, hygrométrique, fréquence du pouls, de la respiration, de la température animale ont une influence subordonnée ou insignifiante. La perspiration

diminue, à l'état de jeûne, dans la fièvre, dans la pneumonie, le typhus: elle augmente dans la phtisie. Elle diminue dans le cas de sécrétion sudorale abondante; elle augmente dans la diaphorèse modérée, les frictions, les bains chauds, l'activité musculaire; elle s'accroît dans les parties œdématiées. L'âge, le sexe, la taille, l'alimentation ont aussi une influence. Elle augmente sous l'influence des excitateurs psychiques; elle diminue dans les membres paralysés. A. D.

Versuche über die Stickstoffausscheidung durch den Schweiss bei gesteigerter Schweissabsonderung (Recherches sur l'élimination d'azote par la sueur dans le cas de sudation abondante), par P. ARGUTINSKY (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVI*, *p.* 594).

On peut, avec un dispositif très simple, évaluer d'une manière précise la quantité d'azote éliminée par la sueur. Cette quantité est très appréciable dans certains cas : par exemple dans les cas d'exercice musculaire, et il faut en tenir compte dans les recherches sur les échanges matériels. A. D.

CHIMIE MÉDICALE.

Ueber die Zersetzung des Eiweisses durch die Bacillen der malignen Œdeme (Sur la décomposition de l'albumine sous l'influence du bacille de l'œdème malin), par THERRY (*Berichte der deutschen chemischen Gesellsch.*, *XXIII*, *p.* 157).

Ces recherches furent faites suivant la méthode de Nencki, par la décomposition de l'albumine par les bacilles connus, et on obtint les produits ordinaires de la fermentation de l'albumine, savoir : les acides gras, la leucine, l'acide hydroparacoumarique et des gaz acide carbonique, hydrogène sulfuré, ammoniaque, hydrogène, gaz des marais (Azote?). On ne constata ni soatol ni indol, mais on trouva un corps aldéhydique ou acétonique $C^8H^{16}O^4$ qui bout entre 165-171. Il se présente comme une huile épaisse, d'une odeur désagréable, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, etc., d'un pouvoir rotatoire $\alpha = +5^\circ,63$. Oxydé par le bichromate de potasse et l'acide sulfurique, il se transforme en acide valérianique. Il donne les réactions suivantes : avec le sulfate de fuchsine, coloration violette; avec une solution ammoniacale d'argent, réduction; avec le chlorhydrate de phénylhydrazine et l'acétate de soude une combinaison cristallisée; avec l'acide diazobenzolsulfonique, la soude, une coloration rouge-violet. E. H.

On the proportion on the chief proteids... (De la proportion des principales substances protéiques qui se rencontrent dans les urines albuminuriques), par Noël PATON, J. DOUGLAS et R. MACKENZIE (*Brit. med. j., p.* 197, 26 *juillet* 1890).

Les conclusions des auteurs sont les suivantes :

1° L'assertion de Senator est vraie : dans toute albuminurie, les deux principales substances protéiques du plasma sanguin se rencontrent constamment.

2° Les proportions de sérum albumine et de sérum globuline peuvent varier beaucoup, le rapport de la sérine à la globuline étant susceptible d'osciller de 0,6 à 39.

3° Dans la néphrite aiguë, quand le sang est absent, ce rapport est élevé. Quand l'hémoglobine passe dans l'urine, la globuline est au contraire en excès.

4° Dans les formes chroniques, le rapport de la sérine à la globuline s'abaisse et peut descendre à 0,6. Ceci dépend plus de l'état du malade que de la condition de ses reins ; c'est probablement la conséquence d'une modification analogue dans la composition du plasma sanguin.

5° La dégénérescence amyloïde ne peut se distinguer des formes ordinaires de néphrite chronique par sa haute teneur en sérum globuline.

6° L'assertion de Maguire, que l'albumine fonctionnelle est caractérisée par une forte proportion de sérum globuline est inexacte.

7° Dans tous les cas, la proportion respective des albuminoïdes varie plusieurs fois par jour ; aussi pour les résultats généraux faut-il analyser l'urine mixte des 24 heures.

8° La proportion de sérum globuline est toujours plus élevée dans la nuit, moindre après les repas, quoique l'insuffisance de l'alimentation ne soit pas absolument nette.

9° La diète lactée accroît la proportion du sérum globuline.

10° D'une façon générale, l'élimination des matières protéiques est en rapport parallèle avec leur ingestion.

11° Une haute pression sanguine favorise la transsudation de la sérum-albumine; les basses pressions augmentent la proportion de globuline.

H. R.

Sur la conservation de l'oxyhémoglobine à l'abri des germes atmosphériques par Léon FREDERICQ (*Bulletins de l'Acad. royale de Belgique, février et août* 1890).

L'oxyhémoglobine ou le sang recueilli à l'abri des germes atmosphériques dans des tubes scellés ou ouverts se conservent intacts pendant plusieurs semaines ; puis l'oxyhémoglobine se transforme peu à peu en méthémoglobine. On n'observe donc pas ici la réduction à l'état d'hémoglobine qui est la règle pour les échantillons de sang ou d'oxyhémoglobine recueillis d'après les procédés ordinaires et contenant des germes atmosphériques. L'absence de réduction est un excellent moyen pour vérifier si l'exclusion des germes atmosphériques a réussi ou non dans les échantillons de sang recueillis en vases clos. L. F.

Beiträge zur Kenntniss des Blutfarbstoffer (Contribution à la connaissance de la matière colorante du sang), par JAQUET (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIV, p.* 289).

Dans un travail précédent, l'auteur était arrivé à trouver pour l'hémoglobine des chiffres analytiques différents de ceux admis jusqu'à présent. Il a repris ce travail. Il a préparé de l'hémoglobine des chiens à l'aide d'un appareil à force centrifuge. En opérant sur 2,5 litres de sang de chien défibriné, il obtint 119 grammes d'hémoglobine. La matière obtenue renfermait des traces non dosables d'acide phosphorique.

Ses analyses l'ont conduit à admettre pour l'hémoglobine la formule :

$$C^{758}H^{1203}Az^{195}S^{3}FeO^{218}.$$

L'analyse de l'hémoglobine du sang d'oie est la seule qui contienne du phosphore.

Voici en résumé les chiffres trouvés.

	Cheval (Zinoffsky).	Chien.	Oie.
C	51,15	54,57	52,47
H	6,76	7,22	7,19
Az	17,94	16,38	16,45
S	0,3899	0,568	0,8586
Fe	0,3351	0,336	0,3353
O	23,42	20,93	22,5
P	—	—	0,1973

E. H.

Ueber den Blutfarbstoff und seine näheren Umwandlungsproducte (Sur la matière colorante du sang et ses produits de tranformation) par Trasaburo ARAKI (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIV, p.* 405).

Méthémoglobine. — On sait qu'on obtient la méthémoglobine : 1° par l'évaporation à sec d'une solution d'oxyhémoglobine ou du sang exposé en couche mince à l'air ; 2° par l'action sur les solutions d'oxyhémoglobine, de substances diverses, comme le ferricyanure de potassium, les nitrites, le permanganate, l'hydrogène à l'état naissant ; 3° par l'action de substances qui dissolvent les globules du sang dans le sang des vaisseaux des organismes vivants.

Les solutions neutres ou faiblement acides d'hémoglobine obtenue par évaporation du sang donnent une bande d'absorption dans le rouge entre les raies C et D.

Les solutions faiblement acides donnent encore trois bandes d'absorption. Deux d'entre elles apparaissent dans le vert, et se confondent avec les raies de l'oxyhémoglobine, comme l'a prouvé Jaederholm.

En traitant les solutions de sang ou d'oxyhémoglobine par une quantité croissante de ferricyanure de potassium, on arrive à faire disparaître les bandes qui correspondent à l'hémoglobine, tandis que celle qui répond au rouge est de plus en plus marquée.

D'expériences faites sur la fermentation putride des solutions d'oxyhémoglobine ou de sang, l'auteur conclut :

1° Dans un tube fermé aux deux extrémités, les solutions de méthémoglobine perdent les raies de l'oxyhémoglobine qui existaient primitivement dans la méthémoglobine ;

2° Par l'agitation avec l'air les bandes de l'oxyhémoglobine réapparaissent ;

3° Après que les bandes de l'hémoglobine sont disparues et que l'agitation avec l'air du ballon ne ramène plus les raies de l'oxyhémoglobine, la putréfaction fait d'abord disparaître les bandes d'absorption de la méthémoglobine qui se trouve dans le rouge. Quand cette dernière est disparue, le liquide a pris une couleur rouge pourpre (veineuse) et ne contient plus de méthémoglobine ni d'oxyhémoglobine, mais seulement de l'hémoglobine qui, par agitation avec l'air, reproduit l'oxyhémoglobine.

Hémoglobine sulfurée. — En faisant passer un courant d'hydrogène sulfuré et d'hémoglobine dans du sang, les corpuscules du sang éprouvent un changement de couleur et paraissent brun-rouge en couche épaisse, verts en couche mince. Les globules ne sont pas solubles dans le sel marin, mais se dissolvent par addition d'eau ou d'éther.

Les solutions aqueuses, en l'absence d'alcalis, donnent des bandes d'absorption dans le rouge et dans le vert.

L'étude de la méthémoglobine sulfurée montre que ce corps est une combinaison qui fournit par l'action des solutions de soude de l'hémochromogène avec ses réactions connues.

L'auteur n'a pas réussi à obtenir la méthémoglobine cristallisée, ni à la transformer en hématine. Il obtient également mal la formation des cristaux d'hémine avec l'acide acétique et le sel marin. E. H.

Ueber das Lecithin und Cholesterin der rothen Blutkorperchen (Sur la lécithine et la cholestérine des globules rouges du sang), par Paul MANASSE (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIV, p.* 437).

1° La cholestérine des globules rouges est identique avec celle qui provient des calculs biliaires. Elles ont, en effet, le même point de fusion, le même pouvoir rotatoire, les mêmes réactions. La rotation caractéristique des solutions chloroformiques s'abaisse avec l'élévation de la température.

2° La lécithine des globules rouges est identique avec celle obtenue avec le jaune d'œuf, le cerveau. Elles donnent les mêmes produits de décomposition.

3° Les globules du sang contiennent en moyenne 0, 151 0/0 de cholestérine et 1, 867 0/0 de lécithine. E. H.

Cerebro-spinal fluid, par W. D. HALLIBURTON (*The Journal of Physiology, vol. X, p.* 232).

L'auteur a recueilli le liquide cérébro-spinal dans le cas de méningocèle et d'hydrocéphalie. Le liquide céphalo-rachidien ne peut être, comme on sait, assimilé à un liquide séreux, et il a été classé par Schmidt parmi les véritables sécrétions, tandis que les fluides séreux sont surtout des exsudats.

Une première analyse de liquide (spina bifida) montre une très petite quantité de substances protéiques, une proportion de sels minéraux comparable à celle du sang, de la lymphe et des transsudats, une petite proportion d'une substance réductrice qui n'est pas le sucre. La substance protéique principale est une globuline analogue à la sérum-globuline. Il y a de plus une albumose. Dans un cas, la substance réductrice

a paru être de la pyrocatéchine : en tout cas, elle ne possède pas d'action sur la lumière polarisée et n'agit point sur la phénylhydrazine. Quant aux sels, il y a un léger excès de sels de potasse. A. D.

Ueber das Fibrinferment und seine Beziehungen zum Organismus (Sur le ferment de la fibrine et ses rapports avec l'organisme), par G. BONNE (*Würzburg*, 1889).

Cet opuscule comprend sept chapitres consacrés aux questions suivantes : 1° origine et formation du ferment de la fibrine; 2° activité de ce ferment; 3° existence du ferment de la fibrine dans l'organisme à l'état normal; 4° existence du ferment dans les états pathologiques; 5° influence de l'acide carbonique contre l'activité du ferment; 6° disposition organique compensatrice contre l'action du ferment de la fibrine; 7° application thérapeutique. L'auteur a fait un certain nombre d'expériences de contrôle, bien que son travail soit surtout un exposé et une critique, il termine par un index bibliographique très riche et cependant encore incomplet. A. D.

Erklærungsversuch über die Wirkung der ungeformten Fermente (Tentatives d'explication de l'action des ferments non figurés), par L. de JAGER (*Centrbl. f. d. med. W.*, n° 4, 1890).

Les ferments non figurés, les enzymes ne sont pas des corps chimiquement distincts; mais ils résultent d'une modification particulière de certains corps dont ils diffèrent de la même façon que l'aimant diffère du fer. En effet, les enzymes peuvent agir sans entrer directement en contact avec la substance fermentescible. Des corps indifférents peuvent devenir des enzymes.

Des morceaux de pancréas, conservés dans la glycérine, seront plusieurs fois lavés dans l'eau. On les trempe pendant deux secondes dans de l'eau à laquelle on ajoute ensuite de l'amidon; il y a production de sucre. Il en est de même lorsqu'on dépose ces mêmes morceaux de pancréas à la surface d'une couche d'éther qui surnage sur une solution d'amidon. Des milieux indifférents par eux-mêmes peuvent donc transmettre l'action fermentescible. A. M.

Stoffwechselanomalien bei einem Falle von Stauungsicterus (Anomalies des échanges matériels dans un cas d'ictère par stase), par R. POTT (*Archiv fur die gesammte Physiologie, XLVI, p.* 509).

Dans les derniers temps de la maladie (cancer du sein chez une femme) les quantités d'urine excrétées étaient au-dessous de la normale : le poids spécifique varie de 1023 à 10135. La quantité relative des matières extractives est accrue. De même, augmentation relative d'acide urique, la quantité absolue restant la même qu'à l'état sain. L'acide sulfurique des sulfates est diminué; celui des acides sulfo-conjugués, phénol, n'était pas augmenté, contrairement à la règle pour les urines ictériques. Pas de différence quant à l'indican. Les matières colorantes de la bile se retrouvaient dans l'urine, qui donnait les réactions de Gmelin et de Pettenkofer. — L'urine du jour a donné de l'albumine. Point de sucre. En somme, sauf la petite quantité des acides sulfo-conjugués et l'abon-

dance des matières extractives, rien de particulier. L'ictère n'entraîne pas de modifications bien notables des échanges matériels. A. D.

Origine de l'urohématoporphyrine et de l'urobiline normale et pathologique dans l'organisme, par C. A. Mac MUNN (*The Journal of Physiology, vol. X' p.* 71).

Le but de ce travail est de déterminer les rapports qui existent entre les matières colorantes du sang, de la bile et de l'urine. Jaffé (1863) a découvert l'urobiline d'abord dans la bile et ensuite dans l'urine, et décrit sa fluorescence verte avec le chlorure de zinc et l'ammoniaque. Maly l'a préparée au moyen de la bilirubine, nommée hydrobilirubine et assimilée à la stercobiline de Masius et Vanlair. La bilirubine de la bile serait changée en urobiline par réduction dans l'intestin et passerait ainsi dans l'urine. Hoppe-Seyler a obtenu un corps analogue par l'action de l'acide chlorhydrique et de l'étain sur l'hémoglobine et l'hématine; d'après lui, l'urine contiendrait une substance chromogène qui ne donnerait de l'urobiline que par une oxydation ultérieure spontanée. Desqué a trouvé l'urobiline abondante dans les maladies où l'urine est diminuée de quantité. Mac Munn distingue l'urobiline normale et l'urobiline pathologique; il a trouvé dans l'urine du rhumatisme aigu fébrile une substance, l'urohématine ou urohématoporphyrine qu'il a pu préparer artificiellement par l'action de l'amalgame de sodium sur l'hématine. Il a conclu que l'urobiline pathologique représente un stade intermédiaire de l'oxydation du pigment biliaire. En somme, on aurait décrit sous le nom d'urobiline trois pigments distincts : l'urobiline, l'urobiline pathologique et l'urohématoporphyrine. La distinction de ces substances est fondée entre autres caractères sur les indications spectroscopiques. L'auteur examine à ce point de vue l'urobiline pathologique, l'urohématoporphyrine, l'urobiline normale, la stercobiline, l'hydrobilirubine et l'urobiline biliaire. Il indique les préparations artificielles de ces substances. A. DASTRE.

Zur klinischen Würdigung des Eiweissgehalts und... (Valeur clinique de la richesse des exsudats pathologiques en albumine et de leur poids spécifique), par H. CITRON (*D. Arch. f. klin. Med., XLVI, p.* 128).

L'auteur se montre très sceptique sur la valeur clinique de la richesse des divers exsudats pathologiques en albumine et de leur poids spécifique. Au-dessus de 1016 et lorsqu'il y a plus de 3 0/0 d'albumine, les probabilités sont grandes en faveur d'un liquide d'origine inflammatoire. Au dessous de ces chiffres on rencontrerait plutôt, d'après l'opinion acceptée, des liquides dus à des stases sanguines ou à des œdèmes, à des épanchements cachectiques. D'après H. Citron, il n'y a là rien de certain, et les chiffres au-dessous de 1016 et de 3 0/0 ont moins de signification contre une origine inflammatoire des liquides examinés que n'en ont pour cette origine les chiffres au-dessus de ces moyennes.

A. M.

Toxicité de l'urine dans la pneumonie, par G. H. ROGER et L. GAUME (*Revue de médecine, avril et mai* 1889).

Les expériences qui servent de base à ce travail ont permis aux auteurs de poser les conclusions suivantes :

Un sujet atteint de pneumonie élimine par l'urine deux à trois fois moins de poison qu'à l'état de santé.

Au moment de la défervescence, la toxicité urinaire augmente brusquement; elle atteint ou dépasse le taux normal.

La décharge urotoxique caractérise la crise urinaire; c'est le seul phénomène constant. Elle dure vingt-quatre ou quarante-huit heures et atteint son maximum le jour, exceptionnellement le lendemain de la crise thermique.

Après la défervescence, les urines deviennent de nouveau fort peu toxiques; elles descendent lentement ou brusquement au-dessous du coefficient normal.

La potasse joue un rôle important dans la toxicité de l'urine pneumonique; elle en est le principal facteur pendant la période fébrile.

Mais sa quantité n'augmentant pas ou augmentant insuffisamment lors de la défervescence, elle ne peut expliquer la crise urotoxique.

L'analyse physiologique montre que la toxicité des urines, au moment de la crise, dépend de divers poisons, mal connus au point de vue chimique, jusqu'ici on n'a guère isolé que des acaloïdes toxiques, liés peut-être à la vie des agents pathogènes. C. GIRAUDEAU.

Ueber den klinischen Werth der Diazo-Reaction, par RUETIMEYER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte n° 6, p. 186, 15 mars 1890*).

Ruetimeyer a recherché environ 2400 fois la réaction diazoïque des urines dans divers états morbides, mais surtout dans la phtisie et la fièvre typhoïde. Sur 40 phtisiques, il a essayé la réaction d'Ehrlich 550 fois, et d'accord avec le plupart des précédents observateurs, il lui attribue une signification pronostique grave : en effet on la constate dans 85 0/0 des cas de phtisie qui se terminent fatalement et seulement 9 fois sur 100 dans les autres.

Chez 85 typhoïdiques, Ruetimeyer a recherché 1100 fois cette réaction, et est arrivé à cette conclusion que lorsqu'on la constate dans les deux premiers septenaires, c'est un fait important pour le diagnostic différentiel d'avec le catarrhe gastro-abdominal fébrile qui ne la présente jamais.

Ruetimeyer a également noté la réaction diazoïque la plus caractérisée dans un cas d'actinomycose primitive des poumons et dans plusieurs péritonites malignes (*R. S. M.*, XXII, 43; XXIV, 52; XXV, 204 et 438; XXVI, 447; XXX, 442 et XXXI, 447.) J. B.

Ueber das Vorkommen von Urethan im alcoolischen Extract der normalen Harns (Sur la présence de l'uréthane dans l'extrait alcoolique de l'urine normale), par JAFFÉ (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIII, p. 395*).

Depuis longtemps, après avoir évaporé de grandes quantités d'urine et repris l'extrait par l'eau, l'alcool et l'éther, l'auteur avait remarqué qu'il reste une matière organique qui ne se confond par ses propriétés avec aucune des matières connues qui entrent dans la composition de l'urine.

Il a repris cette étude. Il dissout dans l'acide sulfurique l'extrait alcoolique de plusieurs litres d'urine fraîche et épuise par l'éther. L'extrait contient une nouvelle combinaison qui se dépose à l'état hui-

leux. On dissout dans l'eau, on ajoute au liquide filtré du carbonate de soude, on agite de nouveau avec de l'éther, on purifie le nouvel extrait éthéré en précipitant par l'acétate de plomb, enlevant l'excès de plomb par du carbonate de soude, et en reprenant de nouveau par l'éther. Le produit obtenu contient encore un peu d'urée, on l'en débarrasse en ajoutant quelques gouttes de nitrate de mercure, on filtre, on neutralise avec de la soude, et on reprend de nouveau la liqueur filtrée avec de l'éther. Ce dernier laisse des cristaux par évaporation. Ces cristaux sont de l'uréthane (éther éthylique de l'acide carbonique), ainsi que l'auteur s'en est assuré par l'analyse et par l'examen de ses réactions.

1. Preuve de la présence d'un éthyle par la réaction de l'iodoforme.

2. Décomposition en urée et en alcool par la décomposition avec l'ammoniaque.

3. Formation de produits de condensation avec les aldéhydes (chloral, furfural, etc.).

L'uréthane se trouve d'une manière constante dans l'urine de l'homme, du chien et du lapin. Celle du chien est la plus riche. L'urine de huit jours d'un chien nourri avec de la viande a donné 5 grammes d'uréthane.

Une question se pose. L'uréthane préexiste-t-il dans l'urine, ou est-ce un produit de l'action des réactifs ? L'auteur se range à cette dernière opinion. L'uréthane se formerait par la réaction de l'urée sur l'alcool.

$$\underset{\text{Urée.}}{CO^{AzH^2}_{AzH^2}} + \underset{\text{Alcool.}}{C^2H^5.OH} = \underset{\text{Uréthane.}}{CO^{AzH^2}_{O-C^2H^5}} + AzH^3.$$

E. H.

Beiträge zur Chemie der Harn (Contribution à la chimie de l'urine), par Ken TANIGUTI (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIV, p.* 471).

Créatinine. — Pour déterminer quantitativement la créatinine, E. Salkowski a donné le procédé suivant, dont Taniguti a constaté l'exactitude :

On évapore 300 grammes d'urine avec 10 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré jusqu'au tiers du volume ; on filtre, on lave, on précipite avec l'eau de baryte, on neutralise le liquide filtré avec de l'acide chlorhydrique ; on évapore au bain-marie et on épuise par de l'alcool à 95°. Le précipité et l'alcool sont placés dans un vase gradué et portés à 100 centimètres cubes, filtrés le jour suivant. On prend du liquide filtré 80 centimètres cubes, on ajoute un peu d'acétate de soude et 20 gouttes d'une solution alcoolique de chlorure de zinc. Le précipité de chlorure de zinc et de créatinine est recueilli sur un filtre, pesé, lavé à l'alcool, séché, pesé, et le poids trouvé multiplié par 10 huitièmes.

Acétone. — L'urine fortement acidulée est soumise à la distillation. Le liquide distillé est rendu alcalin avec une solution de soude, précipité par de l'iodure de potassium ioduré, et abandonné vingt-quatre heures à lui-même. Après ce temps l'iodoforme est recueilli sur un filtre, pesé, lavé, séché sur l'acide sulfurique et pesé.

Détermination de la quantité d'ammoniaque dans la fermentation ammoniacale. — On met dans deux vases 300 centimètres cubes d'urine. Une

des parties est acidulée et distillée. On opère de même avec l'autre portion après que la fermentation ammoniacale s'est produite. Pour aciduler on se sert de 5 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré. La distillation doit être assez rapide, et on recueille 240 à 250 centimètres cubes de produit. Le liquide distillé est alors titré avec une solution de soude, un quart de la normale, en se servant comme indicateur du papier de tournesol. E. H.

Sur l'élimination par l'urine de l'iodure de potassium à hautes doses, par EHLERS (*Annales de derm. et de syph., mai* 1890).

Dans ce travail, l'auteur montre qu'il n'y a pas à redouter la non-absorption de l'iodure de potassium administré à doses élevées, et d'autre part que l'intoxication est également peu à craindre dans les conditions normales d'élimination. L'auteur a fait des analyses quantitatives qui montrent qu'en moyenne 82 pour 100 d'iodure de potassium s'éliminent par l'urine. Les symptômes d'iodisme apparaissent lorsque seulement la moitié de la quantité administrée s'élimine. D'une manière habituelle, lorsqu'il s'agit de doses allant jusqu'à 20 grammes, l'élimination de l'iodure de potassium se fait dans les proportions de 75 0/0 par l'urine et avec une telle rapidité que tout danger d'intoxication est évité. Quant aux doses supérieures à 20 grammes, la résorption semble être un peu incomplète. L'iodure de potassium, qu'habituellement on n'administre qu'à des doses fortes de 6 à 12 grammes, peut donc être considéré comme un remède inoffensif. F. BALZER.

Beiträge zur Spaltung der Säure-Ether im Darm (Considération sur la décomposition des acides-éther dans l'intestin) par BAAS (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIV, p.* 416).

Les expériences furent faites avec quelques éthers de l'acide salicylique, particulièrement le salol (salicylate de phéthyle), parce qu'il est assez facile d'obtenir l'acide salicylurique en cristaux, et que, d'autre part celui qui se trouve résorbé se retrouve dans l'urine en combinaison conjuguée avec l'acide sulfurique. La présence de l'acide salicylique ne trouble pas les dosages, car Baumann et Herter ont montré qu'il passait dans l'urine sans former des combinaisons conjuguées.

La quantité de salol employé était de 5 grammes par jour. Il y en eut en moyenne 69.06 0/0 de décomposé par jour dans l'économie.

Il résulte de ces recherches que la quantité d'éther qui se retrouve dans l'urine à l'état d'acide salicylurique a été décomposée dans l'économie; que les infusions de pancréas, comme les agents de putréfaction, produisent la saponification de l'éther; qu'une forte oxydation amène la séparation de l'acide de l'éther. E. H.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber das Verhalten der Nervenkörperchen in kranken Nerven (Sur la manière dont se comportent les corpuscules nerveux dans les nerfs malades) par A. ADAMKIEWICZ (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Band XXI, Heft 2, p.* 628, 1889).

Adamkiewicz a signalé, il y a quelques années (1885), la présence dans les fibres nerveuses à myéline de l'homme adulte, d'éléments cellulaires, corpuscules nerveux ; ce sont des cellules fusiformes, pointues à leurs extrémités, offrant sur une surface de coupe l'aspect d'une demi-lune, à noyau central ovalaire, largement pourvues de protoplasme à leurs deux extrémités. Quand on les traite par la safranine, le noyau se colore en violet et le protoplasme prend une teinte orangée. Ces corpuscules sont logés entre le manchon de myéline et la gaîne de Schwann. Chez l'homme au-dessus de l'âge de dix ans, on les rencontre dans toutes les fibres à myéline, à double contour. Ils sont surtout nombreux dans les nerfs moteurs. Adamkiewicz ne les a jamais observés dans les nerfs des animaux, y compris le singe.

L'existence de ces cellules a été niée par Vignal (Société de biologie, 6 mars 1885). D'autres ont prétendu qu'il s'agissait des « noyaux du segment interannulaire » décrits par Ranvier, ce que ce dernier a contredit, au vu des préparations d'Adamkiewicz. Enfin, d'après Rosenheim, ces corpuscules nerveux ne seraient autre chose que les cellules d'engraissement (Mastzellen), signalées pour la première fois par cet auteur.

A. Adamkiewicz tient bon pour la nature spécifique de ses corpuscules nerveux. Il s'est préoccupé de savoir comment ces corpuscules se comportent dans les nerfs en voie d'altération. Se basant sur les observations histologiques faites dans un cas de pachyméningite hypertrophique chronique, il conclut que : Les corpuscules nerveux ne sont pas seulement des éléments physiologiques de la gaine de myéline ; ils doivent aussi être considérés comme des éléments dont le sort est lié au sort des fibres nerveuses, des gaines de myéline notamment ; autrement dit, ils participent aux altérations destructives de la myéline. E. RICKLIN.

Ueber das Valli-Ritter'sche Gesetz (Sur la loi de Valli-Ritter), par R. ARNDT (*Archiv f. Physiologie, p.* 299, 1890).

La loi de Valli-Ritter, en vertu de laquelle les nerfs séparés de leurs centres nerveux meurent progressivement, à partir de ces centres vers la périphérie, ne serait applicable qu'aux nerfs centrifuges (nerfs moteurs, nerfs secrétoires, nerfs d'arrêt). L'auteur cite un certain nombre de faits tendant à démontrer que pour les nerfs sensibles la dégénérescence débute à la périphérie et progresse vers les centres. LÉON FREDERICQ.

Ueber im abnormes Faserbündel in der menschlichen Medulla oblongata (Sur un faisceau de fibres anormal dans la moelle allongée de l'homme), par PICK (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Band XXI, Heft* 2, *p.* 636).

Dans son traité de névrologie (1871, 1re édition, p. 195), Henle écrivait au sujet d'une figure représentant une coupe transversale du bulbe, pratiquée à la hauteur de l'extrémité inférieure de l'olive : « A la limite postérieure de la substance réticulée en avant de la tête de la colonne postérieure, j'ai observé quelquefois, entre les sections plus disséminées des faisceaux longitudinaux, les coupes d'un ou deux cordons entièrement cylindriques, ayant toute l'apparence de faisceaux nerveux bien délimités de 25 à 50 millimètres de diamètre, constitués par des fibres les unes épaisses, les autres fines; ces cordons ne se rencontraient que d'un seul côté. » Henle ne disait rien du trajet de ces cordons.

Pick, en examinant par hasard une moelle allongée, a découvert un faisceau de fibres qui selon toute apparence est celui qu'avait en vue Henle dans les lignes reproduites ci-dessus. Il donne une description détaillée de la conformation et du trajet de ce faisceau : celui-ci a son point de départ dans la région supérieure de l'entre-croisement des pyramides, se sépare des « restes du cordon latéral » ; vers la partie supérieure de la moelle allongée il s'éparpille dans le corps restiforme. Sur tout ce trajet, il ne contracte aucune relation ni avec un noyau nerveux ni avec un autre faisceau de fibres. On peut le considérer comme établissant une communication anormale entre le cordon latéral et le corps restiforme, peut-être aussi avec le cervelet. Contrairement à l'opinion émise par Henle, ce faisceau n'a rien à voir avec le faisceau respiratoire de Krause. E. RICKLIN.

Ueber das Auftreten anatomischer Veränderungen am Rückenmark bei perniciœser Anæmie (Lésions de la moelle épinière dans l'anémie pernicieuse), par LICHTHEIM et MINNICH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 10, *p.* 236, 10 *mars* 1890).

Les nouvelles recherches que Lichtheim a fait faire par Minnich confirment que c'est bien l'anémie qui entraîne les lésions médullaires. Ces lésions diffèrent de celles de l'ataxie locomotrice, en ce qu'elles sont beaucoup plus récentes et qu'il n'y a pas atrophie de la névroglie. Les éléments nerveux, en particulier les cylindres-axes et leur voisinage immédiat, offrent des altérations toutes spéciales.

La localisation des lésions n'est pas la même non plus que dans l'ataxie. Dans l'anémie, il s'agit d'un processus descendant de la moelle cervicale. Les colonnes de Clarke et le champ de Lissauer des cornes postérieures ne sont pas malades.

12 cas d'anémie pernicieuse ont été examinés post-mortem par Minnich. Dans aucun, la moelle n'était parfaitement normale. Dans la moitié des cas, elle offrait des atrophies consécutives à des hémorragies, et dans l'autre les altérations indiquées plus haut.

D'autres maladies du sang, telles que la leucémie, peuvent provoquer des lésions analogues de la moelle.

Dans l'ictère permanent intense, on trouve également des lésions des cordons postérieurs. Un fait semblable a été observé par Tizzoni (*R. S. M.*, XXIX, 44) à la suite de l'extirpation des capsules surrénales, et

par Nauwerck, dans la maladie d'Addison. Lichtheim en conclut que ces altérations médullaires sont sous la dépendance de certains agents toxiques. J. B.

Sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich, par Paul BLOCQ et Georges MARINESCO (*Arch. de neurol., mai* 1890).

Il paraît résulter des travaux antérieurs que la maladie de Friedreich, ou ataxie héréditaire, est une maladie d'évolution, caractérisée par une sclérose, d'origine vasculaire, occupant systématiquement des régions exactement déterminées de la moelle épinière. Telle est la thèse que soutiennent Blocq et Marinesco, en s'appuyant sur neuf observations, suivies de nécropsie, empruntées à différents auteurs, et sur une observation personnelle, prise dans le service de Charcot. Il ressort, en effet, de ces différentes autopsies que plusieurs lésions s'observent, pour ainsi dire, constamment dans la maladie de Friedreich, et lui constituent comme un substratum anatomique générique, et qui lui est propre, alors que d'autres altérations sont au contraire plus ou moins variables, et déterminent des caractères secondaires, sans toutefois altérer la réalité du type.

Le volume de la moelle épinière a toujours été trouvé notablement diminué. Cette diminution n'est pas due à une simple rétraction sclérosique, car elle est plus accusée que dans les inflammations chroniques de la moelle, mais à une véritable atrophie.

Pour le cas actuel, la lésion scléreuse s'est cantonnée dans les limites générales suivantes : dans la région lombaire, elle occupe les faisceaux pyramidaux et la presque totalité des faisceaux postérieurs, excepté la zone antéro-externe, qui est intacte, fait commun au tabes et à d'autres scléroses postérieures. Dans la région dorsale, les faisceaux pyramidaux, cérébelleux directs, et la totalité des faisceaux postérieurs, sauf une bande relativement saine, très étroite, qui borde toute la corne postérieure. Dans la région cervicale, elle atteint les faisceaux pyramidaux, cérébelleux, et les cordons de Goll et de Burdach. Dans le bulbe, enfin, on note une sclérose plus prononcée des cordons grêles du faisceau cérébelleux et presque négligeable du cordon cunéiforme.

Les lésions histologiques, dans la même observation, portent non seulement sur les parties qui sont réellement altérées, mais encore sur celles qui sont saines en apparence. C'est ainsi que les fibres grosses sont beaucoup moins abondantes dans la moelle qu'à l'état normal. Dans les parties sclérosées elles-mêmes, les tubes nerveux ont disparu en plus ou moins grand nombre. La seule altération des cellules nerveuses porte sur les cellules des colonnes de Clarke. La névroglie est épaissie dans toutes les zones sclérosées, et le tissu conjonctif de nouvelle formation est presque exclusivement fibrillaire, et ne dépend pas des tractus pie-mériens qui pénètrent entre les tubes. Quant aux vaisseaux, certains sont absolument normaux ; d'autres offrent des parois épaissies sans prolifération nucléaire ; il en est d'autres qui sont oblitérés par accolement de leurs parois; quelques-uns enfin sont très dilatés, jusqu'à figurer de petites cavités sinueuses en forme de lacunes, et dont les parois sont infiltrées de matière colorante du sang, ce qui n'avait pas été signalé par les auteurs.

Cette observation, identique aux autres, dans ses points principaux, amène Blocq et Marinesco à adopter la théorie suivante : il s'agirait d'une prédisposition morbide héréditairement transmise à l'axe spinal,

et qui s'y réaliserait matériellement par une altération primitivement vasculaire. L'atteinte circulatoire tiendrait sous sa dépendance l'atrophie de l'organe en même temps que la sclérose. Quant à la distribution de la sclérose, on peut considérer qu'elle est commandée par le développement tardif des cordons postérieurs et des faisceaux pyramidaux de la moelle, qui ont les besoins nutritifs les plus grands et souffriront le plus des troubles d'irrigation. DESCOURTIS.

Nerfs spermatiques et testicules d'ataxiques, par BITOT et SABRAZÈS (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 *février* 1890).

Chez deux ataxiques, qui avaient présenté de l'analgésie et de l'atrophie des deux glandes génitales, l'examen histologique des nerfs spermatiques n'a fait découvrir dans ces nerfs que peu de lésions. Du côté des testicules atrophiés on a noté des altérations variées. Certains canalicules étaient dilatés; d'autres rétrécis et déformés. Leurs parois épaissies présentaient en quelques points une prolifération endocanaliculaire en éperon du tissu conjonctif. Par places, la lumière du canalicule était oblitérée par de l'épithélium oblitéré, et dans beaucoup de ces canaux se trouvaient des éléments cellulaires, polymorphes, ayant perdu leur homogénéité et leur régularité normales. Dans les espaces intercanaliculaires très sclérosés, outre les cellules allongées du tissu conjonctif, existaient des cellules granuleuses plus volumineuses et polinucléaires. OZENNE.

Recherches expérimentales sur la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux arthrites traumatiques, par F. RAYMOND (*Revue de médecine*, *p*. 374, *mai* 1890).

Un grand nombre de théories ont été émises pour expliquer les atrophies musculaires consécutives aux arthrites traumatiques. Parmi celles-ci, la plus généralement adoptée est celle qui leur reconnaît une origine réflexe telle qu'elle a été émise par Vulpian. Le Fort et Charcot s'en sont faits les défenseurs autorisés en maintes occasions; mais aucune tentative expérimentale n'avait été faite jusqu'à aujourd'hui pour démontrer l'exactitude de cette théorie. Raymond a voulu combler cette lacune; ses expériences l'ont conduit aux résultats suivants :

Dans un membre dont une articulation a été lésée, on voit apparaître divers ordres de symptômes ; ce sont : l'impotence fonctionnelle, l'exagération des réflexes, des contractions idio-musculaires et de l'excitabilité faradique, les troubles de la sensibilité, et enfin, symptôme important, une atrophie musculaire. Cette atrophie porte surtout sur la substance interfibrillaire des muscles.

Elle ne se produit pas quand les racines postérieures de la moelle, qui concourent à l'exercice de la réflectivité des muscles, sont sectionnées ou détruites.

L'absence physiologique des cordons latéraux chez les animaux nouveau-nés, leur destruction ou section chez les adultes, ainsi que l'hémisection de la moelle, accélèrent la marche de l'atrophie musculaire dans le membre correspondant dont une articulation a été lésée, mais n'influent pas sur la marche de l'atrophie dans le membre opposé, si les articulations des deux membres homologues ont été le siège d'un traumatisme.

Dans tous les cas, les cornes antérieures de la moelle et les nerfs périphériques ne sont le siège d'aucune lésion anatomique.

L'atrophie musculaire consécutive à une lésion articulaire est donc bien de nature réflexe; elle dépend du retentissement de la lésion locale sur la moelle, qui devient le siège d'altérations purement dynamiques.

C. GIRAUDEAU.

Die Bedeutung der Herzfehlerzellen (La signification des cellules cardiopathiques), par F. A. HOFFMANN (*D. Arch. f. klin. Med., XLV, p.* 252).

On désigne en Allemagne sous le nom de Herzfehlerzellen des cellules pigmentées que l'on rencontre dans l'expectoration des malades atteints d'affections cardiaques. Elles sont le plus souvent ovalaires, avec un gros noyau vésiculeux, et renferment du pigment jaune, brun ou noir, sous forme de granulations, de plaquettes, plus rarement de cristaux. Ces cellules sont des cellules épithéliales alvéolaires en voie de desquamation.

Le pigment qu'elles renferment est d'origine hématique lorsqu'il est jaune ou brun ; jamais la matière colorante du sang ne donne lieu à une coloration noire, lorsqu'il n'y a pas de produits de décomposition putride.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la signification séméiologique de ces cellules pigmentées. Pour les uns, on les rencontre toutes les fois que des globules rouges extravasés sont capables, en se détruisant, de donner lieu à des masses pigmentées; pour les autres, on les rencontre exclusivement dans les maladies du cœur, et particulièrement dans l'insuffisance mitrale et la myocardite. C'est à cette opinion que se range Hoffmann. Il n'a rencontré les cellules pigmentées ni dans l'expectoration des pneumoniques, ni dans celle des phtisiques sujets à des hémoptysies. Ces cellules ne se rencontrent que lorsqu'il y a stase sanguine dans le poumon. C'est ainsi qu'il faut interpréter leur présence. Qu'un cardiaque ait une bronchite simple, elles ne se montreront pas. Elles se présenteront au contraire chez les emphysémateux chez lesquels le cœur fléchit, chez lesquels en conséquence il existe une stase sanguine plus ou moins marquée. Leur découverte peut donc avoir une importance considérable au point de vue du diagnostic. (Voy. *R. S. M.*, XXX, 452). A. MATHIEU.

Zur Structur der erkrankten Magenschleimhaut... (Sur la structure de la muqueuse stomacale à l'état pathologique), par R. STINTZING (*Münchener medicin. Wochenschrift, n°* 48, *p.* 819, 26 *novembre* 1889).

Ce travail est le premier d'une série d'études entreprises par l'auteur sur la muqueuse stomacale. Avant de rechercher les lésions de la muqueuse gastrique, Stintzing a fait porter ses investigations sur la muqueuse saine. Il a exécuté ses travaux anatomo-pathologiques dans les meilleures conditions sur l'estomac enlevé une heure après la mort.

Comme dans un certain nombre de maladies il y a inappétence, peut-être faut-il faire entrer l'inanition en ligne de compte pour expliquer la genèse des lésions. Afin d'en juger, Stintzing soumit des chiens à la diète et put ainsi étudier expérimentalement les altérations gastriques relevant de l'inanition.

Ce travail porte surtout sur la tuberculose et sur le cancer de l'estomac. Dans la fièvre où il y a anorexie, diminution ou disparition de l'acide

chlorhydrique du suc gastrique, est-ce que les cellules de revêtement chargées de la sécrétion de l'acide ne sont pas atteintes?

La lésion principale chez les cancéreux et les phtisiques est l'infiltration plus ou moins étendue par de petites cellules et l'hyperplasie conjonctive.

Les éléments glandulaires sont aussi lésés, et le processus général est l'atrophie. Les lésions sont les mêmes, qu'il y ait fièvre ou non, à cela près que dans la fièvre l'infiltration embryonnaire est plus marquée.

Un certain nombre de cellules épithéliales sont en voie de karyokinèse, ce qui ne se voit pas à l'état normal. Il y a aussi des phénomènes de catarrhe, migration de leucocytes à travers la surface épithéliale.

Le col des glandes est souvent rétréci par le fait de l'infiltraltion embryonnaire, et il peut en résulter une dilatation du cul-de-sac glandulaire et la formation de kystes.

En outre, la disposition parallèle des tubes glandulaires que l'on observe à l'état normal a disparu. Les cellules principales montrent un gros noyau, le protoplasme s'atrophie, les limites des cellules deviennent indistinctes et les noyaux forment une couche presque continue. Les cellules de revêtement diminuent de volume et de nombre, ce qui explique la diminution de l'acidité du suc gastrique.

Les éléments désignés depuis Erhlich sous le nom de mastzellen s'insinuent entre la paroi propre et les cellules glandulaires.

La musculaire muqueuse est épaissie (2 et 3 fois). En outre, les cellules musculaires présentent dans leur protoplasma une certaine quantité de pigment jaune brun, surtout abondant chez les cancéreux. Ces lésions sont moins marquées au niveau du pylore. P. TISSIER.

Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen der Nieren nach Scharlach (Des néphrites scarlatineuses), par LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 11, *p.* 261, 17 *mars* 1890).

Dans la néphrite scarlatineuse précoce, survenant dès le début de l'éruption ou peu après, et caractérisée anatomiquement par un léger trouble et de la tuméfaction de l'épithélium des tubes flexueux avec contenu graisseux médiocre des cellules, on note, durant la vie, de l'albuminurie avec formation de cylindres et le plus souvent des hydropisies insignifiantes. A l'examen microcospique, on trouve dans les capsules, outre le dépôt réticulé normal, une masse granuleuse composée d'albumine coagulée. Il existe aussi presque constamment de petits foyers d'hyperplasie interstitielle occupant surtout l'écorce rénale.

Lorsque, à une époque ultérieure de la scarlatine, il y a complication de phénomènes septiques et diphtéritiques, le dessin de la substance corticale devient méconnaissable, les glomérules sont à peine visibles à l'œil nu et le microscope montre de nombreuses hémorragies et des proliférations interstitielles de petites cellules; dans cette forme, l'albuminurie peut faire défaut pendant tout le cours de la maladie.

Mais la forme la plus commune est la néphrite glomérulaire, caractérisée cliniquement par la diminution des urines, l'albuminurie et les œdèmes; assez fréquemment elle entraîne la mort par anurie et urémie, au bout de 4 ou 5 semaines. Les reins, congestionnés, sont durs; à l'œil nu, les glomérules apparaissent comme des granulations grises exsangues. Sous le microscope, les anses glomérulaires sont dilatées

et remplies d'un fin contenu granuleux, consistant en un détritus finement granuleux trouble, parsemé de gouttelettes graisseuses et de nombreux noyaux. Mais la lésion la plus caractéristique est l'énorme tuméfaction de la totalité du glomérule, s'accompagnant d'une multiplication considérable des noyaux et de prolifération. Il a été impossible à Litten de s'assurer si partout le gonflement et la multiplication nucléaire n'intéressent que les cellules endothéliales des anses glomérulaires ou portent simultanément sur l'épithélium des anses; il est pourtant vraisemblable que la multiplication des noyaux reconnaît cette double origine. Par places, particulièrement en face du point de départ du tube urinifère, se trouve un amas, plus ou moins étendu, parfois falciforme, de cellules desquamées ou de leurs noyaux, qui se voit entre la capsule et le glomérule et résulte de la prolifération et de la desquamation de l'épithélium capsulaire. Il est peu probable que ces amas puissent comprimer et encore moins effacer le calibre des anses capillaires; l'imperméabilité de celles-ci, parfois constatée, résulte plutôt de leur réplétion par la masse décrite précédemment. Litten n'a jamais observé à l'intérieur des glomérules la prolifération interstitielle de cellules qui, d'après Klebs, comprimerait et rendrait imperméables les anses; en revanche, il a noté quelquefois une prolifération du tissu conjonctif interstitiel à l'intérieur des glomérules.

A côté de la néphrite glomérulaire, on rencontre assez fréquemment une calcification plus ou moins étendue de l'épithélium cortical, reconnaissant les mêmes causes que celles signalées par Virchow dans l'empoisonnement par le sublimé. (*R. S. M.*, XXXI, 555; XXXIII, 73, et XXXIV, 74.)

Lorsque, après avoir lié pendant deux heures l'artère rénale d'un lapin ou d'un chien, on procède immédiatement à l'examen du rein, on n'y constate d'autres altérations que des exsudats albumineux entre le glomérule et la capsule de Bowman. Mais lorsque, après cette ligature temporaire, on laisse s'écouler 24 heures avant d'extraire le rein, on trouve la substance corticale opaque et terne, à cause des lésions survenues dans l'épithélium des canalicules urinifères. Cet épithélium, surtout aux confins de la substance médullaire, est gonflé, hyalin, et forme de gros blocs; ses noyaux ont entièrement disparu ou sont réduits en fragments; ailleurs, on y distingue déjà de petits granules très réfringents et se dissolvant complètement dans les acides. Les cellules épithéliales gonflées, hyalines et privées de noyau, tantôt restent isolées les unes des autres dans le calibre des tubes urinifères qu'elles obstruent, tantôt s'agglutinent en blocs, et forment des cylindres revêtant les canalicules; ce dernier cas est le plus commun. Ces cylindres sont creux, et, au lieu de remplir complètement le tube urinifère, adhèrent presque partout à ses parois. La cavité qui persiste au centre du tube est remplie par une masse filamenteuse, fibrineuse, qui est la vraie cause de l'imperméabilité du canalicule. La nécrose des cellules épithéliales et l'exsudat fibrineux intra-tubulaire augmentent avec le temps, mais n'atteignent jamais les régions restées indemnes au début. Quarante-huit heures après la ligature temporaire de l'artère rénale, les cellules épithéliales des régions malades ne sont plus distinctes. Les altérations portent presque exclusivement sur les éléments épithéliaux des reins, tandis que le

tissu conjonctif ainsi que ses vaisseaux et les glomérules demeurent longtemps intacts. En ce qui touche ces derniers, au bout de 24 ou de 48 heures, a déjà disparu toute trace de l'exsudat qui écartait le glomérule vasculaire de la membrane capsulaire. Les petits grains brillants, très réfringents et dissous par les acides, qu'on trouve isolés ou groupés à l'intérieur des cellules épithéliales gonflées ou des blocs qui leur succèdent, sont composés de chaux. Le dépôt calcaire va en croissant, en même temps que la nécrose épithéliale. Dès le 10e jour après la ligature, la calcification du rein a acquis une intensité telle que l'organe, complètement blanc grisâtre, ébrèche le rasoir, donne à la percussion le son d'une pierre, et au toucher, sur les coupes, la sensation du gravier.

Il résulte des expériences de Litten que la pétrification des reins scarlatineux est précédée d'une nécrose de coagulation de l'épithélium des tubes urinifères de la substance corticale, et que cette nécrose dérive, comme dans les expériences, d'une anémie artérielle temporaire, conséquence elle-même de la néphrite glomérulaire; la calcification, dans les deux circonstances, débute avec le rétablissement de la circulation. Il en est de même dans l'empoisonnement par le sublimé, qui produit aussi une nécrose de coagulation.

Au lieu de se terminer par la mort ou par la guérison, la néphrite scarlatineuse peut donner lieu à une atrophie rénale avec épaississement des capsules de Bowman et dégénération fibreuse des glomérules; Litten a vu cette atrophie débuter une fois le 9e jour de l'éruption de scarlatine. En général, la surface externe de ces reins atteints de néphrite interstitielle secondaire reste lisse et l'organe se laisse facilement séparer de sa capsule. Plus commun encore que le rein atrophique est le gros rein blanc consécutif à la néphrite scarlatineuse.

La dégénération hyaline des glomérules et vaisseaux du rein, qui peut survenir dès les premiers jours de la maladie, envahit généralement les vaisseaux d'autres organes, principalement de la rate. (*R. S. M.*, V, 530; VI, 487; VII, 56; XIII, 214; XIV, 222 à 224; XVII, 561; XXIV, 492 et 493; XXVIII, 158 et 209; XXIX, 545; XXX, 216 et 536; XXXII, 533.) J. B.

The curability of phthisis, par Thomas HARRIS (*Brit. med. j., p.* 1385, 21 *décembre* 1889).

Harris a recherché dans quelle proportion la tuberculose était réellement susceptible de guérir. Il a examiné attentivement 200 cadavres à ce point de vue, et 54 fois il a trouvé des tubercules en état de régression et qui pouvaient être considérés à première vue comme inoffensifs.

Pourtant, en y regardant de près, ces cas se décomposent en plusieurs catégories.

a) Ceux où les reliquats des foyers tuberculeux consistent en îlots fibreux ou complètement calcifiés. Les bacilles ont complètement disparu et la guérison est réellement parfaite.

b) Ceux où persistent des foyers caséeux partiellement et imparfaitement calcifiés. Ici la guérison n'est qu'apparente, et le retour d'une invasion tuberculeuse est toujours à craindre. C'est le cas le plus commun : cliniquement les sujets paraissent guéris; histologiquement ils ne le sont pas.

c) Enfin il y a des cas où le foyer tuberculeux est transformé en tissu fibreux, mais vu microscopiquement on retrouve la structure du tubercule et ses éléments à la périphérie de la lésion. Ici, la lésion n'est pas même éteinte, elle continue à progresser, mais si lentement que la santé générale n'en souffre pas et que les signes physiques d'une bronchite n'existent même pas. Harris pense qu'un bon nombre de cas de tuberculoses soi-disant guéries répondent à ce type ; elles sont latentes, mais continuent à évoluer jusqu'au jour où une circonstance occasionnelle vient activer le processus.

Au fond, sauf quelques cas exceptionnels, la tuberculose est très rarement curable au sens histologique du mot. H. R.

Localisations of 7881 primary carcinomata, par Ed. ANDREWS (*Journ. of Amer. med. Assoc., p.* 738, 23 *novembre* 1889).

D'après le siège de la tumeur, l'auteur cherche à établir la probabilité de l'origine microbienne du cancer primitif. Ses conclusions, basées sur l'examen de 7881 cas, sont les suivantes :

Toutes choses égales, le cancer primitif est plus fréquent sur les surfaces qui, par leur situation, sont le plus accessibles aux microbes ou spores du dehors.

La prédisposition au cancer est augmentée si la surface épithéliale est située de telle sorte que les spores y peuvent séjourner longtemps sans en être enlevées : elle est aussi augmentée si la membrane a de nombreux follicules glandulaires profonds dans lesquels les spores peuvent pénétrer et séjourner.

Les parties de la peau protégées par les vêtements sont moins atteintes que les parties découvertes. La face, par exemple, produit plus de cancer que la peau du corps tout entier.

Voici quelques chiffres du tableau des cas réunis par Andrews : lèvres (presque exclusivement lèvre inférieure) 481 cas, langue 196, cavité buccale 244, estomac 1945, intestin 1271, rectum et anus, 280, utérus 2308, glandes mammaires 1232, face 327, parties du corps couvertes par les vêtements 191. MAUBRAC.

Ueber Krebsenentwickelung in Lymphdrüsen (Sur le développement des carcinomes dans les ganglions lymphatiques), par ZEHNDER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIX, Heft* 2).

Les foyers primitifs du carcinome siègent constamment dans les sinus lymphatiques périfolliculaires. De là les foyers s'étendent dans les cordons folliculaires pour gagner ensuite toute la glande lymphatique; ils s'accroissent par la division de leurs cellules constituantes, puisqu'ils présentent un nombre considérable de mitoses. Il est facile de distinguer la cellule du néoplasme des éléments du ganglion lymphatique : les cellules des foyers cancéreux prennent un caractère épithélial, c'est-à-dire le noyau est plus grand, moins granuleux et le corps cellulaire est notable. Les cellules en voie de division ont des dimensions plus grandes encore. On ne remarque aucune zone de passage entre les cellules du cancer et les cellules du ganglion lymphatique; sur la limite du foyer cancéreux les éléments du ganglion ont, au début, leur structure et leurs rapports normaux, et ils ne présentent pas, comme on l'a avancé si sou-

vent, des phénomènes irritatifs se traduisant par une prolifération plus abondante. Dans un stade ultérieur, ils sont le siège, de la part du néoplasme, d'une compression qui porte sur les mailles du réticulum et qui tasse les cellules lymphatiques.

Les vaisseaux du ganglion subissent l'action du néoplasme en ce que leurs cellules endothéliales augmentent de dimensions et que le noyau de ces dernières prédomine dans la lumière du canal. Leur tunique musculaire s'hypertrophie également.

Les cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques, aussi bien afférents qu'efférents, seraient peu ou point modifiées. ED. RETTERER.

Ueber asymmetrische Zelltheilung... (Sur la division asymétrique des cellules des carninomes épithéliaux et sa signification biologique), par D. HANSEMANN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIX, Heft* 2).

L'examen de la division cellulaire dans 11 tumeurs malignes (carcinomes épithéliaux) montra à Hansemann les particularités suivantes :

1° Un certain nombre de cellules, au moment où les anses chromatiques vont se porter chacune à son pôle respectif, présentent dans l'un des segments 11, dans l'autre 16 anses chromatiques. Ce nombre peut varier, bien que le résultat général reste le même, à savoir la proportion variable des anses chromatiques dans les deux noyaux filles ;

2° Des exemples multiples établissent que la cellule mère peut donner naissance à deux cellules filles dont l'une a des dimensions trois à quatre fois plus notables que l'autre. Il existe donc une karyokinèse asymétrique, et il est probable que les cellules pourvues de peu d'anses chromatiques prennent naissance par cette voie.

Rien ne justifierait le terme de *cellules épithéliales embryonnaires* appliqué à ces cellules du carcinome; en effet, en introduisant dans la chambre antérieure d'un lapin des morceaux de peau enlevés à un embryon de lapin, à une époque où il n'existe pas encore d'ébauches pileuses, la peau greffée produit des poils et des follicules pileux dans l'espace de 11 à 15 jours. Plus tard, lorsque les poils atteignent une certaine longueur, ils tombent et le tout est résorbé.

C'est de cette façon qu'il faudrait comprendre la généralisation des tumeurs cancéreuses, dont les cellules sont entraînées dans une région éloignée et évoluent en donnant naissance à d'autres générations. La transplantation des cellules cancéreuses d'un animal à l'autre et sa prolifération s'expliqueraient de même, tandis qu'une cellule épithéliale ordinaire, transportée sur un terrain étranger, quoique pouvant y vivre quelque temps, finit par être résorbée. ED. RETTERER.

Untersuchungen über Schleimhautverhornung (Pachydermia Mucosae) (Recherches sur la kératinisation des muqueuses), par C. POSNER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXVIII, Heft* 3).

Les épithéliums des muqueuses sont susceptibles de se transformer, sous diverses influences, en couches épidermiques cornées.

Les muqueuses d'*origine ectodermique*, telles que celles de la langue et de la voûte palatine, sont cornées chez beaucoup de mammifères, et le deviennent à l'état pathologique chez l'homme (*psoriasis*, *ichthyosis linguæ*). La muqueuse des fosses nasales donne également naissance à des polypes à épithélium corné. De même, l'épithélium prismatique de

l'urètre peut subir, à la suite des rétrécissements, une évolution cornée : à cet effet, les assises profondes se disposent en un corps muqueux de Malpighi pourvu de cellules crénelées et les assises superficielles prennent l'aspect de cellules aplaties, à caractères cornés; même on voit ces deux couches séparées par trois à quatre assises de cellules fixant les matières colorantes, c'est-à-dire par un *stratum granulosum*.

La muqueuse du larynx peut évoluer d'une manière identique : le chorion produit de nombreuses papilles qui se recouvrent d'un épithélium stratifié à cellules superficielles cornées.

L'épithélium du vagin, d'*origine mésodermique*, est susceptible de produire des couches cornées épaisses, séparées des assises profondes par un stratum granulosum.

A cette liste, il faut ajouter la kératinisation qu'on remarque dans plusieurs compartiments stomacaux de certains mammifères (*manis*, etc.).

En résumé, les recherches de Posner montrent que les muqueuses d'origine tant ectodermique qu'entodermique et mésodermique sont propres à subir l'évolution épidermique, c'est-à-dire à former des couches cornées. ED. RETTERER.

Zur Lehre von der Metastasenbildung der Sarcome (Contribution à la production des métastases des sarcomes), par K. ZENKER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXX*, *Heft* 1).

Zenker donne l'observation d'un homme de 51 ans, porteur d'un sarcome dans la région droite du cou, et sur lequel l'autopsie montre des tumeurs de même nature dans l'abdomen, dans les deux poumons, dans la thyroïde gauche, le rein droit. Certaines veines cervicales et pulmonaires sont oblitérées par des masses sarcomateuses ; on en trouve de libres dans le cœur gauche.

L'examen microscopique du poumon permet d'établir nettement la nature et l'origine des sarcomes pulmonaires; en effet, les rapports de l'un des nodules sarcomateux furent tels dans l'une des artères pulmonaires, qu'il fut possible d'affirmer sa provenance : après l'avoir détaché du sarcome cervical primitif, le courant sanguin le porta dans le cœur droit, et de là il l'amena dans une branche de l'artère pulmonaire, où la masse formait une embolie. La partie centrale de l'embolie subit vite la nécrose, tandis que les portions périphériques continuèrent à proliférer, de telle sorte que bientôt la paroi artérielle fut perforée. La preuve de cette multiplication active est fournie par les exemples multiples de karyokinèse des cellules périphériques. Les parties centrales de la masse, dès qu'elles furent atteintes de nécrose, furent traversées par des canaux à travers lesquels le courant sanguin se frayait un passage. Par contre, les parties périphériques, après avoir détruit la paroi artérielle, avaient, par endroits, déjà formé des foyers de sarcomes dans le tissu pulmonaire. Une portion de tumeur peut donc être détachée par le courant sanguin ; puis, après avoir été portée par celui-ci dans un point éloigné du système circulatoire, elle peut, par voie d'embolie, donner naissance à une tumeur métastatique. ED. RETTERER.

Ein selt. Fall von Speiserörhenkrebs (Cas rare de cancer de l'œsophage), par BISCHOF (*Münchener med. Woch.*, *n°* 12, *p.* 219, 25 *mars* 1890).

Cancer ulcéré de la première partie de l'œsophage, ayant entraîné de la périchondrite du cartilage aryténoïde gauche, de la suppuration et de l'emphysème du tissu conjonctif du cou à gauche. Le cancer formait une tumeur assez mobile, obstruant tantôt l'œsophage, tantôt le larynx, ce qui avait causé une erreur de diagnostic à l'examen laryngoscopique. P. TISSIER.

Rétrécissements multiples, en diaphragmes de nature tuberculeuse, de l'intestin grêle, par G. DARIER (*Bull. Soc. Anat., p. 87, 14 février 1890*).

Darier a observé une femme à laquelle on soignait un lupus par les cautérisations interstitielles et qui succomba avec des accidents cliniquement rapportés à une péritonite tuberculeuse. Or, à l'autopsie, il existait une péritonite purulente subaiguë non tuberculeuse, mais produite par une perforation intestinale. L'ouverture de l'intestin a révélé des lésions extrêmement intéressantes. On y a trouvé, en effet, huit rétrécissements échelonnés, en forme de diaphragmes valvulaires assez minces, percés d'un orifice central qui, sur plusieurs, admettait à peine un crayon ordinaire. Au-dessus d'un de ces rétrécissements l'intestin était perforé. Sur ces valvules et sur leur bord libre, la muqueuse est à peu près saine, elle n'est pas cicatricielle. L'examen histologique a montré que le tissu sous-muqueux est remplacé par une bride fibreuse circulaire, dans laquelle sont parsemés quelques follicules tuberculeux très nets. Darier pense donc que le processus est le suivant, il y a eu une tuberculose sous-muqueuse qui, comme dans le lupus dont souffrait cette malade, a évolué en sclérose, la bride fibreuse s'est peu à peu rétractée, d'où, du côté de la séreuse, un sillon où la séreuse est adossée à elle-même. Là se sont faites des adhérences qui, en s'organisant, ont renforcé la virole fibreuse. Ce processus est net sur un des rétrécissements, plus large et par conséquent plus jeune que les autres. Il y avait aussi une tuberculose fibreuse des poumons et une salpingite tuberculeuse. A. BROCA.

Cirrhosis parasitaria, par ZWARDEMAKER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXX, Heft 2*).

Les chiens d'Utrecht sont souvent atteints d'une cirrhose du foie, déterminée par un parasite, le distomum campanulatum. Zwardemaker considère deux stades dans l'évolution de la cirrhose : au début, la présence du distome en question dans les conduits biliaires produit des modifications qui portent sur ces derniers canaux : elles consistent en une série de dilatations des conduits les plus fins et de moyen calibre, en même temps que leurs parois se mettent à s'épaissir, grâce à la prolifération du tissu conjonctif environnant. Il en résulte une coque de tissu conjonctif qui circonscrit le parasite dans une portion de conduit biliaire dont l'épithélium disparaît. Ces nodules conjonctifs logeant un distome atteignent des dimensions de plusieurs millimètres.

Plus tard, on voit apparaître, dans l'intervalle des lobules hépatiques, c'est-à-dire dans les espaces portes, des tractus conjonctifs entourant les ramifications de la veine porte. Mais, fait singulier, les veines centrales (sus-hépatiques) montrent également une gaine conjonctive semblable. Sous l'influence de la pression croissante que subissent les cellules hépatiques de la part du tissu conjonctif néoformé, elles diminuent de volume et on constate l'atrophie du parenchyme hépatique à la périphérie et au centre du lobule.

Comme conclusion générale, il faut admettre que le processus de cette cirrhose parasitaire est à la fois intra- et interlobulaire. ED. RETTERER.

I. — Psorospermic disease, par Bland SUTTON.

II. — Psorospermic in rabbit's liver, par DELÉPINE (*Brit. med. journ., p. 1392, 21 décembre 1889*).

I. — Bland Sutton présente à la société pathologique de Londres un rein et un uretère remplis de vacuoles psorospermiques, que l'on avait

considérés comme des kystes muqueux. L'examen histologique montre la présence du *coccidium oviforme*, décrit par Leukhart.

A ce propos, Silkock rapporte l'histoire d'une femme de 53 ans, entrée à l'hôpital sept jours avant sa mort, avec des symptômes typhoïdes : la maladie avait débuté six semaines auparavant par un frisson : les symptômes consistaient en douleurs des membres, nausées, sensations de défaillance, sensibilité à la pression du foie et de la rate, diarrhée légère, albuminurie : la fièvre avait des allures rémittentes, avec crises hyposthéniques viscérales. Langue sèche et fuligineuse. La mort survint par collapsus cardiaque. L'autopsie montra un foie volumineux, parsemé de foyers caséeux, entourés d'une zone de congestion hémorragique. La rate était également grosse et infiltrée de petits nodules semblables, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. L'apparence était celle d'une tuberculose un peu anormale, sans granulations miliaires concomitantes.

En examinant ces nodules, on trouva des coccidies identiques à celles décrites par Leukhart. On put les cultiver dans un incubateur, et les voir se développer même dans une solution de bichromate de potasse.

II. — Delépine montre que les psorospermies sont si fréquentes chez les lapins que sur 50 animaux, à peine 4 en sont exempts, soit 92 0/0. Il semble que la lésion soit bien tolérée par les animaux et n'entrave pas leur nutrition, car le foie peut en être farci sans les faire maigrir. Le parasite paraît pénétrer par les conduits biliaires et remonter le long des canaux hépatiques, d'où il envahit le parenchyme cellulaire. Il se fait une prolifération de tissu fibreux et une sorte de cirrhose biliaire. M. R.

Ueber Ascites chylosus, par RENVERS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 14, *p.* 320, 7 *avril* 1890).

Cas d'ascite chyleuse par oblitération des veines sous-clavière et axillaire consécutive à un érysipèle phlegmoneux, chez une femme de 36 ans, ayant eu la rougeole, la scarlatine et la fièvre typhoïde, et des érisypèles de la face à répétition.

A l'autopsie : canal thoracique très flexueux, dilaté et à parois très épaissies ; son contenu est très fluide et rouge pâle. La dilatation du canal est à son maximum au niveau de l'embouchure de la veine sous-clavière, qui est oblitérée jusqu'au bras. A l'endroit où la jugulaire s'abouche dans le tronc veineux brachio-céphalique, elle offre une dilatation kystique dépassant le volume d'un œuf de pigeon ; au-dessus et au-dessous, la veine est remplie de thrombus durs, organisés. Le contenu du kyste est rouge vineux et fluide. Les parois de la veine jugulaire et les ganglions de la région sont englobés dans du tissu fibreux hyperplasié. La thrombose du tronc brachiocéphalique remonte jusqu'aux veines sous-clavière et axillaire, tandis qu'en bas elle se prolonge le long de la veine cave supérieure, complètement oblitérée par un caillot organisé, au niveau de son embouchure dans l'oreillette droite.

Rate hypertophiée et dure. Cirrhose hépatique. Thrombose de la veine porte, des veines mésaraïque et pancréatique, cave inférieure et rénale. Pyélite hémorragique. Péritonite généralisée ; double hydrothorax. J. B.

The effusion of chyle and of chyle-like, milky... (Des épanchements chyleux et chyliformes, laiteux, huileux et graisseux dans les cavités séreuses), par Samuel BUSEY (*The Americ j. of the med. sc.*, *p.* 563, *déc.* 1889).

Après l'historique complet de la question, l'auteur étudie les épanchements dans chacune des cavités séreuses de l'organisme.

Pour la plèvre, dix cas de chylo-thorax ont été rapportés, produits

soit spontanément, soit par traumatisme. Les liquides ont été variables suivant les cas. Le diagnostic n'a jamais pu être fait que par hasard au moment de l'évacuation ou à l'examen direct. Le pronostic est grave et le traitement doit être l'expectation.

Dans la vaginale testiculaire la tumeur a pris différents noms, galactocèle, chylocèle, lymphocèle, hydrocèle laiteux, etc. Tous les auteurs semblaient s'accorder pour regarder cet épanchement comme dû à une rupture d'un vaisseau lymphatique, lorsque Lewis découvrit la filaire dans le sang de l'homme et la retrouva dans nombre de cas de lymphocèles, de lymphurie, comme cause très probable, sinon constante. On a rapporté en Amérique 30 cas de filaires, et dans deux existaient des lymphocèles. De là il est probable que l'on a affaire à une véritable maladie des ganglions lymphatiques par les œufs de la filaire déterminant la dilatation, puis la rupture des vaisseaux lymphatiques, d'où l'hydrocèle chyleux. On n'a cependant pas démontré que la filaire était constante dans les différents cas examinés, et il est probable qu'une altération antérieure blennorragique, inflammatoire des ganglions, détermine une oblitération et par suite des ruptures permettant l'épanchement.

Les cavités chyleuses, chyliformes et huileuses, parmi lesquelles autrefois, avec Puyos, on comptait à tort les kystes du mésentère, des péritonites tuberculeuses, puerpuérales, etc., ne sont pas fréquentes, à peine en trouve-t-on 28 observations, et dans 27 cas on peut démontrer la rupture de quelque vaisseau chylifère. Sur les 28 cas, 15 femmes et 11 hommes. La race, le climat, la profession, l'hérédité, n'ont aucun rôle. Dans 5 cas il y eut rupture primitive. Dans 11 cas la rupture a été prouvée par l'examen direct, et dans 6 autres les caractères seuls du liquide ont suffi à lever tous les doutes. — L'ovarite chyleuse peut être secondaire; une cause pathologique antérieure peut déterminer une occlusion du canal thoracique, de l'ampoule d'un des vaisseaux chylifères, rétrécir l'embouchure au niveau de la veine sous-clavière gauche, ou entraver la circulation du sang dans cette veine (lésion du cœur droit ou de la petite circulation).

Des causes semblables peuvent agir sur les vaisseaux chylifères, anomalies de dispositions, de trajets, de structure, dilatation ou rétrécissement, etc.; affection du mésentère, induration, dégénérescence des ganglions mésentériques; compression ou destruction des canaux thoraciques par un anévrisme, etc. Dans ces cas on a constaté la présence d'un filaire.

Dans les quelques cas où on ne trouve pas la lésion du canal lymphatique, le liquide était constitué par un mélange de chyle et de lymphe, probablement échappés par transsudation par suite d'une altération des parois des vaisseaux, avec une oblitération partielle ou complète de leur lumière.

Dans quelques cas (Letulle et Gueneau de Mussy) le liquide peut devoir son aspect lactescent à la dégénérescence graisseuse de globules blancs sans qu'il y ait présence de lymphe ou de chyle.

Les symptômes ne diffèrent pas de ceux des ovarites ordinaires et ne suffisent pas à permettre un diagnostic.

Quelle est la nature du liquide épanché ? Dans le plus grand nombre

des cas d'épanchements dans la plèvre ou le péritoine, le liquide était constitué par le chyle sorti directement des vaisseaux qui le transportent. Dans certains cas de lymphocèle, il était constitué par la lymphe sortie des vaisseaux. Dans les cas d'épanchements huileux, graisseux, laiteux, trouvés dans le péritoine, la cause de cet aspect était un processus coexistant de dégénérescence. — Cet épanchement peut être symptomatique d'un cancer péritonéal et mésentérique.

Quant aux cas dus à la tuberculose, il ne semble pas que l'on ait affaire à du chyle, de même dans certains cas de tumeurs, cancers, etc.

Parfois le liquide peut contenir du sang, de la cholestérine, plus ou moins de sérosité et quelques productions inflammatoires. — Il renferme de l'albumine en abondance, du chlorure de sodium et parfois de la bile, du sucre, de l'acide phosphorique, parfois du pus et du sang, etc.

F. VERCHÈRE.

Ueber die Entwickelung rother... (Sur le développement des globules rouges dans la moelle osseuse de récente formation), par E. NEUMANN (*Archiv f pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXIX*, *Heft* 3).

Neumann appelle l'attention sur la formation post-embryonnaire de la moelle rouge aussi bien dans les conditions physiologiques que dans certains cas pathologiques. Cette moelle rouge renferme une notable quantité de globules rouges nucléés. Les nombreux points d'ossification qui apparaissent après la naissance dans les pièces cartilagineuses sont constitués par la substance spongieuse dont les aréoles sont remplies de moelle rouge avec de nombreux globules rouges nucléés. Bien plus tard, on observe le même fait, alors que de 20 à 30 ans le cartilage thyroïde s'ossifie.

Les formations osseuses pathologiques sont accompagnées également de la production de moelle rouge et de globules nucléés. ED. RETTERER.

Ueber Osteitis deformans, par H. STILLING (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXIX*, *Heft* 3).

Stilling relate trois observations d'ostéite déformante dans lesquelles il a pu pratiquer l'examen microscopique du crâne, de la colonne vertébrale, du sternum, du fémur et du tibia. Voici la pathogénie des troubles osseux qui surviennent dans cette affection : la maladie débute dans les portions osseuses immédiatement sous-jacentes au périoste ou à la dure-mère; puis elle s'étend peu à peu aux parties centrales de l'os. En premier lieu, on voit se produire des phénomènes aboutissant à la résorption de la substance osseuse et à la formation des lacunes de Howship: ils constituent un processus identique à ce qu'on observe dans l'ostéite raréfiante.

A côté de cette résorption, on constate une néoformation de tissu osseux soit dans le périoste, soit dans la moelle osseuse. Comme cette production de nouvel os a lieu pendant que la résorption continue à se faire, cette dernière détruit une portion des couches de nouvelle apposition. Mais bientôt la résorption ralentit son action, tandis que l'ossification suit sa marche, de sorte que l'os malade non seulement modifie sa structure intime, mais s'épaissit et devient informe.

L'os nouvellement produit reste longtemps sans s'imprégner de sels

calcaires, ce qui le rend mou, quoiqu'il soit plus volumineux. Il finit par céder au poids du corps : le fémur et le tibia s'incurvent en avant, le col du fémur modifie sa direction, la colonne vertébrale se courbe également, enfin la base du crâne, cédant sous la pression des vertèbres cervicales, est refoulée vers la cavité crânienne. — Sur ces entrefaites, des sels calcaires se déposent dans l'os nouvellement formé.

En un mot, l'ostéite déformante constitue, au point de vue clinique et anatomique, une affection spéciale qui s'éloigne de tous les types de maladies osseuses aujourd'hui décrits, bien que les caractères anatomo-pathologiques la rapprochent du rachitisme et de l'ostéomalacie.

ED. RETTERER.

Neurotische symetrische Atrophie des Schædeldaches (Atrophie neurotique symétrique du crâne), par M. J. ROSSBACH (*D. Arch. f. klin. Med., XLVI, p.* 161).

Une malade de 58 ans, observée par Rossbach, présente sur le crâne des dépressions longitudinales symétriques en forme de gouttières. L'une de ces gouttières, qui commence un peu en avant du bregma, présente une longueur de 10 centimètres environ, elle suit exactement la ligne médiane; dans la même direction, on trouve en avant deux fossettes frontales. A droite et à gauche symétriquement, on trouve deux gouttières semblables, un peu plus écartées en arrière qu'en avant.

Ces gouttières ont une largeur d'un centimètre environ ; elles peuvent loger le doigt dans la moitié de son épaisseur. Enfin, plus en dehors encore, on trouve une notable dépression de bosses temporales.

Ces dépressions ont commencé à l'âge de 24 ans, après de vifs chagrins. Ce sont là des lésions qui sont évidemment de nature neurotrophique.

Des faits analogues ont été rapportés par Virchow et par d'autres auteurs. A. M.

Cartilage branchial bilatéral et symétrique, par POIRIER et RETTERER (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., janvier* 1890).

Il s'agit de deux petits appendices symétriquement placés sur la région antéro-latérale du cou, au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, à la hauteur de la membrane crico-thyroïdienne. Au toucher, ces saillies, soulevant une peau amincie et pigmentée, offraient une consistance ferme; la dissection montra qu'elles étaient, en effet, formées par une petite masse allongée, de nature cartilagineuse (cartilage réticulé ou élastique), se continuant profondément en un cordon fibreux qui se perdait au niveau de la partie interne de la gaine des vaisseaux carotidiens.

Ces cartilages représentent des formations appartenant aux arcs branchiaux de l'embryon. Telle est l'opinion déjà exprimée par divers auteurs à propos de productions semblables ; mais comme cette manière de voir a été contredite récemment, et que, d'autre part, de nombreux travaux ont paru depuis peu sur le développement des organes du cou et du pharynx, les auteurs du présent travail reprennent l'exposé complet de ces questions, montrent qu'il est impossible d'admettre la théorie de His, d'après laquelle on a attribué certains kystes du cou à la persistance du conduit médian de l'invagination thyroïdienne ; insistent sur la formation constante de pièces squelettiques au sein des arcs pharyngiens, et concluent, enfin, en disant qu'il s'agit ici d'une fente bran-

chiale disparue, mais avec persistance du segment cartilagineux de l'arc branchial sur les deux côtés du cou. M. DUVAL.

Fœtus anencéphale. Brides amniotiques multiples adhérentes à la face ; difformités qui en résultent, par GUÉNIOT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 *avril* 1890).

Fœtus de huit mois, anencéphale, sur la tête duquel on constate la présence de brides membraneuses multiples qui vont se relier avec le corps de l'amnios. Deux d'entre elles se fixent sur la peau des pommettes, et, en ce point, existent deux appendices cutanés, semblables à des tronçons de queue de souris. D'autres brides, douées d'une résistance notable, se fusionnent avec les membranes qui ferment la cavité rudimentaire du crâne. Celles qui adhèrent aux joues sont unies bout à bout avec les appendices cutanés de cette région.

La bouche est béante; les globes oculaires petits, les cornées rudimentaires. Il existe en outre deux pieds bots varus. Le placenta est volumineux et friable, le cordon ne mesure que 22 centimètres. OZENNE.

Beiträge zur Kenntniss der Bildungsfehler... (Contributions à l'étude des vices de conformation des organes urogénitaux), par Fr. TANGL (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVIII, Heft* 3).

Tangl décrit trois cas de malformations de l'appareil urinaire, dont l'un est sans exemple, et dont deux sont accompagnés d'anomalie relatives aux organes génitaux féminins :

1° Il s'agit d'une atrophie et d'une dystopie du rein gauche ; l'uretère gauche débouche dans le canal de Gartner persistant, lequel est terminé à ses deux bouts par une extrémité aveugle. Le corps de l'utérus est divisé en deux loges par une cloison médiane.

2° C'est encore une atrophie et une dystopie du rein gauche ; mais ici l'uretère gauche, après avoir pénétré dans la paroi postérieure de la vessie, s'élargit tout à coup en une ampoule située sous la muqueuse vésicale, et ne s'ouvrant pas dans la vessie. Dans le second comme dans le premier cas, cette malformation était accompagnée d'un utérus biloculaire.

3° Un homme de 28 ans. A droite et à gauche, le bassinet donne naissance à un uretère double. Les deux uretères droits débouchent par un même orifice dans la vessie. Des deux uretères gauches, l'inférieur s'abouche dans la vessie sur un point inférieur. L'autre uretère gauche présente une dilatation dans son extrémité inférieure, laquelle va s'ouvrir dans la région prostatique de l'urètre. Le rein gauche est atteint d'hydronéphrose dans sa moitié supérieure. ED. RETTERER.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ueber anaemische, hyperaemische und neurotische Entzündung, par SAMUEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 10, *p.* 237, 10 *mars* 1890).

Samuel a fait ses expériences sur l'oreille du lapin :

1° Toutes les anémies (ligatures de la carotide, des artères auriculaires, froid) suppriment ou retardent la congestion artérielle qui suit

l'application des agents inflammatoires. Il en résulte une entrave à la résolution de l'inflammation qui se termine alors souvent par gangrène.

2° Il n'est pas exact que le travail inflammatoire évolue plus favorablement sur l'oreille hyperémiée par la paralysie du sympathique cervical. Mais il ne faut pas prendre comme terme de comparaison l'autre oreille, qui présente alors une anémie relative. Si l'on échaude avec de l'eau à 54 degrés centigrades l'oreille du côté où le sympathique a été sectionné et qu'on compare ce qui s'y passe avec l'oreille saine d'un autre animal, qu'on a brûlée de la même façon, on reconnaît que la paralysie vaso-motrice a une influence nocive : le processus dure plus longtemps, l'artère se contracte plus difficilement et la régulation de la température est retardée.

3° L'excitation centrale du nerf grand auriculaire produit une hyperémie réflexe qu'on peut entretenir des heures durant, mais qui disparaît peu de minutes après qu'on a cessé les excitations. Beaucoup d'inflammations neurotiques doivent reconnaître une cause semblable. Senator pratique, sur un même animal, d'un côté la section du sympathique, et de l'autre celle des nerfs grand et petit auriculaires, puis il échaude les deux oreilles avec de l'eau à 54°. L'oreille correspondant au sympathique sectionné devient le siège d'une inflammation intense ; l'autre oreille, anémique et pour laquelle est également exclue la possibilité d'une hyperémie réflexe, s'enflamme très tardivement ou pas du tout et se gangrène.

J. B.

Déformations globulaires et flagellaires des globules du sang sous l'influence de la chaleur, par TALAMON (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *février* 1890).

Talamon a noté sur des plaques de sang frais, portées à une chaleur vive et courte, les modifications suivantes :

1° Les hématies diminuent de volume, mesurent de 5 à 6 μ au lieu de 7 à 8 ; elles sont plus ductiles, s'allongent et s'étendent en formes variables ; beaucoup présentent à l'intérieur des points incolores réfringents constitués par un globule hyalin de protoplasma de 2 à 4 μ de diamètre : ce globule peut être central ou périphérique, quelquefois il est en liberté ; il peut parfois y avoir 2 à 3 globules. Ils sont dus en somme à la fragmentation du stroma globulaire.

2° On voit beaucoup de ces globules libres de 5 à 1 μ de formes variables, arrondis, ovalaires, cylindriques, etc. ; ils sont isolés ou accouplés deux à deux, ou en chaînettes simulant des diplococcus, streptococcus ou des bacilles.

Tous ces corpuscules sont agités d'un mouvement brownien.

3° Quand on a chauffé trop lentement, on ne constate que ces deux aspects — quand la chaleur a été moins vive on voit les hématies se modifier peu à peu par étirement et prendre des formes bizarres en tétard, en bissac, en croissant : l'hématie reste d'ailleurs colorée en jaune.

4° Enfin on voit les déformations flagellaires ; des globules colorés à 1 ou 2 flagelles, des globules hyalins incolores flagellés, des flagelles libres. A. Les globules colorés, flagellifères, sont rapetissés, arrondis ou déformés ; c'est alors d'une partie amincie que part le prolongement variant de 10 à 30 μ ; ce prolongement est toujours in-

colore, réfringent, habituellement cylindrique, tortueux, et terminé par un renflement olivaire ; quelquefois il y a plusieurs renflements ; les flagelles ressemblent à une corde à nœuds ; ils sont agités de mouvements d'ondulation très variés, tantôt lents quand ils sont gros, tantôt très rapides quant ils sont minces.

B. Les globules hyalins flagellés ont l'aspect de petits corpuscules ronds, n'ayant d'ordinaire qu'un seul prolongement parfois ; il y en a 2 qui naissent de points opposés, plus rarement de points voisins.

C. Enfin les flagelles sont souvent libres ; ils ont la forme de filaments renflés en olives à une ou aux deux extrémités ; ils possèdent les mêmes mouvements que les flagelles adhérents. H. L.

Ueber die Regeneration des Endothels der Cornea), par A. PETERS (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXIII*, 1889).

A la suite d'expériences entreprises sur la grenouille et qui consistaient à blesser, au moyen d'une aiguille tranchante courbe, la face postérieure de la cornée, l'auteur conclut que là comme au niveau d'autres épithéliums (l'épithélium antérieur de la cornée par exemple) la régénération se fait en deux temps et par deux processus bien différents. La perte de substance de l'épithélium de Descemet est tout d'abord envahie et comblée par une masse d'éléments pressés les uns contre les autres et dont les contours sont indistincts. Trois à quatre jours suffisent, quand la lésion est peu étendue, pour que cet envahissement soit complet. Ce sont les éléments environnants qui se déplacent pour recouvrir ainsi la plaie. Puis, dans une seconde phase, il se fait une néoformation de cellules, par division indirecte. Ce n'est qu'environ six jours après l'opération que les figures mitosiques apparaissent en assez grande abondance. Le premier processus est provisoire, le deuxième seul préside au remplacement des éléments détruits par le grattage. A. NICOLAS.

Recherches physiologiques sur l'occlusion de l'aorte thoracique, par Ch. COLSON (*Bull. de l'Acad. royale de Belgique, août* 1890).

L'auteur a étudié systématiquement, chez le chien, les effets produits par l'occlusion de l'aorte thoracique sur le sang, la circulation sanguine et lymphatique, la respiration, la calorification et l'innervation.

Il a utilisé, pour obstruer et désobstruer l'aorte, le procédé qui consiste à introduire dans l'aorte, par la voie de la carotide droite, une ampoule extensible que l'on peut à volonté gonfler ou dégonfler.

L'occlusion de l'aorte produit l'anémie aiguë de la moelle lombaire, d'où excitation passagère, puis paralysie des centres nerveux lombaires. Ces phénomènes d'excitation et de paralysie atteignent d'abord les centres nerveux des mouvements volontaires, puis les centres ano-spinal et vésico-spinal, plus tard les centres nerveux sensibles, et en dernier lieu les centres vaso-constricteurs. L'auteur a été conduit à admettre l'excitation et la paralysie des centres vaso-constricteurs de l'arrière-train, par une étude attentive des oscillations de la pression sanguine générale, qui se produisent à la suite d'une désobstruction de l'aorte, succédant à une obstruction d'une certaine durée. Si l'anémie de la moelle s'est prolongée au delà de 12-16 minutes, la pression artérielle ne remonte plus à son niveau primitif après rétablissement du cours du

sang, mais reste fort basse. Ceci nous indique la suppression du tonus vasculaire dans l'arrière-train innervé par la moelle qui a été soumise à l'anémie.

L'occlusion de l'aorte refoule la plus grande partie du sang dans l'avant-train de l'animal et produit une hausse notable et durable de la pression sanguine artérielle, hausse qui, elle-même, a pour effet de ralentir les pulsations cardiaques ainsi que les mouvements respiratoires (tendance à l'apnée). Il en résulte également une augmentation du courant de transsudation du plasma sanguin à travers les parois des capillaires, d'où concentration du liquide sanguin et augmentation de la proportion des globules et des matériaux solides du sang dans l'avant-train. Tant que dure l'occlusion de l'aorte, les phénomènes inverses se reproduisent dans l'arrière-train : la circulation lymphatique notamment est entièrement arrêtée dans le canal thoracique : elle reparaît immédiatement après la désobstruction de l'aorte, avec une intensité qui dépend de la valeur de la pression artérielle.

A la suite d'une occlusion aortique d'une heure, on retrouve encore dans les pattes de l'animal environ 6 0/00 de leur poids de sang (au lieu de 16 0/00, proportion normale), et dans le foie plus de 80 0/00 (au lieu de 100 0/00, proportion normale). Ce sang retrouvé dans les organes de l'arrière-train n'est pas un simple reste du sang contenu dans les vaisseaux au moment de l'occlusion; il provient en partie au moins d'une circulation collatérale, s'effectuant par les anastomoses artérielles. Cette voie détournée suffit (pendant une expérience d'obstruction) pour faire apparaître au bout de 6 à 9 minutes, dans le sang des veines crurales, le ferro-cyanure de sodium injecté dans la veine jugulaire externe. LÉON FREDERICQ.

Zur Lehre vom acuten allgemeinen Lungenœdem (Œdème aigu généralisé des poumons), par M. GROSSMANN (*Soc. des méd. de Vienne*, 5 *avril* 1889).

L'auteur a publié déjà ses recherches sur l'œdème pulmonaire dû à la muscarine. (Voy. R. S. M., XXXI, 481.) Il étudie ici certaines influences mécaniques.

Chez le chien comme chez le lapin, l'œdème pulmonaire aigu, généralisé, succède à l'obturation de l'oreillette gauche. Or, l'auteur pense que les désordres respiratoires consécutifs ne sont pas dus précisément à la transsudation séreuse, à l'œdème, mais à la rigidité des poumons qui le précède. Ses recherches lui ont appris en effet que l'œdème artificiellement produit dans les poumons ne détermine pas une dyspnée très intense.

Quant à la congestion, quant à la dilatation des capillaires sanguins, elle ne peut pas davantage provoquer la dyspnée, car elle a pour résultat non pas le rétrécissement, mais l'augmentation du calibre des alvéoles et le gonflement de la masse pulmonaire.

Ce qu'il faut donc envisager avant tout, c'est la rigidité du poumon, soit dans l'intoxication par la muscarine, soit dans les obstructions du cœur gauche. L. GALLIARD.

Note on a possible means... (Possibilité d'arrêter les progrès du myxœdème et de la cachexie strumiprive, etc.), par Victor HORSLEY (*Brit. med. journ.*, *p.* 287, *février* 1890).

Le point de départ des recherches d'Horsley est l'expérience de

Schiff, qui montre que la thyroïdectomie cesse d'être dangereuse chez le chien, si l'on a soin de transplanter dans l'abdomen un corps thyroïde provenant d'un animal de même espèce. Ces expériences ont été reprises et multipliées avec succès par von Eiselsberg. Horsley propose, en cas de myxœdème ou de cachexie strumiprive, de transporter dans le tissu sous-cutané ou sous-péritonéal un fragment de corps thyroïde d'un singe ou d'un mouton, ce dernier animal ayant le corps thyroïde très semblable à celui de l'homme. Il pense que cette glande est indispensable à la rénovation des globules du sang. H. R.

Ueber die compensatorische Hypertrophie der Geschlechsdrusen (Sur l'hypertrophie compensatrice des glandes sexuelles, par RIBBERT (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXX, Heft* 2).

Ribbert relate les résultats auxquels il est arrivé sur l'augmentation de volume du testicule, de l'ovaire et de la glande mammaire après l'extirpation de l'organe de l'autre côté.

Pour ce qui regarde le testicule, il a observé deux cas d'hypertrophie compensatrice du testicule chez l'homme et a fait 8 expériences sur le lapin, 1 sur le chien et 2 sur le cobaye. Pour avoir des points de comparaison, il a expérimenté sur des animaux de la même portée, dont l'un subissait l'opération tandis que l'autre servait de témoin.

Ces essais montrèrent que le testicule restant acquit un volume plus grand que chacun des testicules de l'animal témoin. L'examen microscopique établit que cette hypertrophie était due à l'élongation des tubes séminifères d'une part, à l'augmentation de leur calibre d'autre part. Il convient de signaler le fait suivant : dans trois cas, le testicule restant devint au delà du double plus volumineux que celui du témoin; dans un cas même, il acquit des dimensions sextuples.

Des expériences semblables furent pratiquées sur les ovaires, quoique sans résultat bien net.

L'extirpation des glandes mammaires d'un côté du corps amena également l'hypertrophie de celles de l'autre côté, non seulement sur les animaux jeunes, mais même sur les adultes. Ici l'augmentation de volume fut plus que double comparativement aux glandes mammaires de l'animal témoin. Les modifications histologiques consistaient dans une ramification plus riche et dans un calibre plus notable de l'ébauche glandulaire des jeunes animaux, tandis que chez l'adulte les acini seuls prenaient des dimensions plus considérables. ED. RETTERER.

Ueber die compensatorische Hypertrophie der Nebennieren (Sur l'hypertrophie compensatrice des capsules surrénales), par H. STILLING (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXVIII, Heft* 3).

L'extirpation de l'une des capsules surrénales amène l'hypertrophie compensatrice de l'autre. A cet effet, Stilling enlève la capsule surrénale gauche d'un jeune lapin; au bout de plusieurs mois, il sacrifie l'animal, en même temps qu'un lapin témoin de la même portée et élevé dans les mêmes conditions que le premier. La capsule surrénale droite du lapin opéré est constamment plus volumineuse que celle du lapin témoin. Cet organe fonctionne par conséquent au delà de la vie embryonnaire, contrairement à l'opinion classique. ED. RETTERER.

Sur une auto-intoxication d'origine rénale avec élévation de la température et dyspnée, par LÉPINE (*Revue de médecine, p.* 514, 10 *juin* 1889).

Un chien bien portant, à qui on a lié aseptiquement les deux uretères, succombe en trois jours environ, avec un abaissement de la température centrale et quelques troubles gastro-intestinaux; si, au lieu de se borner à interrompre la perméabilité des uretères, on introduit dans leur intérieur une canule communiquant avec un réservoir renfermant de l'eau stérilisée, à laquelle on a ajouté du chlorure de sodium dans la proportion de 0.7 0/0 et suffisamment élevé pour qu'une petite quantité de la solution saline pénètre dans les reins, on constate que le chien ne vomit pas et qu'il n'a pas de diarrhée; mais il écume et sa température centrale et périphérique s'élève progressivement; et à peu près en même temps la respiration revêt un type expirateur spécial; elle se ralentit d'abord, puis s'accélère beaucoup et devient très bruyante; parfois il y a de petits soubresauts des pattes. Cependant la température centrale continue à s'élever et l'animal en peu d'heures succombe avec une température qui varie de 40 à 42° centigrades.

Lépine a obtenu une élévation de température analogue en injectant dans les veines d'un chien de l'eau tiède dans laquelle il avait au préalable broyé les reins d'un animal de même espèce. Il croit que les reins contiennent d'une manière générale une substance pyrétogène. C'est ce qui explique en partie comment dans certains cas d'urémie aiguë on a constaté parfois une élévation de température alors que la règle dans l'urémie chronique est d'assister à un abaissement de température.

C. GIRAUDEAU.

Ueber die Giftigkeit der bösartigen Geschwülste (Sur la toxicité des tumeurs malignes), par ADAMKIEWICZ (*Wiener med. Blätter*, n° 26; 1890).

Les expériences faites par l'auteur sur des lapins lui ont donné les résultats suivants : le tissu cancéreux pris sur le vivant renferme un produit toxique qui tue les animaux en peu d'heures et agit sur le système nerveux en paralysant le cerveau; la chaleur d'étuve et les antiseptiques annihilent l'action de ce produit; les microorganismes situés dans le tissu du cancer ne paraissent pas être les véhicules de ce poison; par transport de ce tissu sur des terrains de culture appropriés, ceux-ci acquièrent des qualités toxiques; aucun autre tissu vivant, soit physiologique, soit pathologique, ne possède les propriétés toxiques du cancer atypique, que ce soit un carcinome ou un cancroïde; ni le sarcome ni l'adénome ne paraissent jouir de ce pouvoir; celui-ci constitue un moyen de diagnostic pour l'appréciation d'une tumeur; les tissus cadavériques renferment un produit toxique analogue à celui du cancer. BARBE.

Experimentelle Untersuchungen über Peritonitis (Recherches expérimentales sur la péritonite), par J. WATERHOUSE (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIX, Heft* 2).

Waterhouse a institué sur les lapins et les chats, les cobayes et les rats une série d'expériences, à l'effet de déterminer le rôle des micro-organismes pyogènes (staphylocoques, streptocoques et bacilles) sur la production de la péritonite. Ses résultats sont les suivants : il est pos-

sible, comme l'avait montré Grawitz, d'introduire dans la cavité abdominale de grandes quantités de staphylococcus aureus en suspension dans l'eau distillée, sans produire de péritonite. Des quantités *minimes* d'urine ou de sang mêlées aux staphylocoques donnèrent un résultat également négatif. Il n'en fut pas de même, dès qu'on augmentait la proportion du véhicule (sang) : dans ce cas l'animal mourut de péritonite.

Ces faits montrent : 1° que si la résorption de la solution se fait rapidement dans le péritoine, celui-ci supporte bien la présence des micro-organismes ; 2° que le liquide injecté constitue un terrain de culture favorable aux microbes; ceux-ci provoquent la péritonite.

De l'urine en fermentation ammoniacale, des exsudats inflammatoires (pus d'abcès, pus de péritonite, etc.) provoquent une inflammation mortelle du péritoine, bien que les expériences ci-dessus indiquées montrent l'innocuité des micro-organismes par eux-mêmes. Dans ces cas, il faut donc tenir compte d'autres facteurs, tels que les substances chimiques qui ont pris naissance sous l'influence des micro-organismes. On peut même pratiquer une ligature de l'intestin qu'on laisse pendant 6 à 14 et même 20 heures, puis exciser les portions hyperémiées en lavant la cavité abdominale et en établissant un anus contre nature, sans provoquer de péritonite. Il y aura au contraire une péritonite mortelle lorsque après avoir laissé la ligature en place pendant plusieurs heures on introduit des micro-organismes pyogènes soit directement dans la cavité abdominale, soit dans le sang veineux.

D'autres essais ont montré que la paroi intestinale ne se laisse pas pénétrer par les micro-organismes tant qu'elle est intacte.

Waterhouse tire de ses expériences la conclusion générale suivante : l'état des tissus de l'organisme est de la plus haute importance au point de vue de la production des maladies infectieuses; la lésion d'un organe non seulement favorise l'action nocive des micro-organismes, mais dans la plupart des cas elle est absolument nécessaire pour que les microbes introduits dans le sang déterminent des troubles dans les tissus.

ED. RETTERER.

Untersuchungen über Bakteriengifte (Recherches sur les poisons formés par les bactéries), par L. BRIEGER et Karl FRAENKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 11, *p.* 241, *et n°* 12, *p.* 268, 17 *et* 24 *mars* 1890).

1° *Bacille diphtéritique.* Le bacille de Lœffler, mis en culture, produit une substance toxique soluble qu'on peut en séparer et qui, chez les animaux, détermine les mêmes troubles que le bacille même. Cette substance est détruite par la chaleur à partir de 60 degrés; elle supporte l'évaporation à 50°, même en présence d'un excès d'acide chlorhydrique. Cette dernière circonstance montre qu'il ne s'agit pas d'un ferment. La substance est soluble dans l'eau, mais insoluble dans l'alcool. Elle n'est pas précipitée ni par l'ébullition, ni par les sulfates de soude ou de magnésie, ni par le chlorure de sodium, ni par l'acide azotique étendu (même avec la chaleur), ni par l'acétate de plomb. En revanche, elle est précipitée par l'acide carbonique concentré, ainsi que par les autres précipitants des substances albuminoïdes (acides minéraux concentrés, prussiate jaune de potasse et acide acétique, phénol, acides organiques; elle y redevient soluble quand ces acides organiques sont en excès (sulfate de

cuivre, nitrate d'argent, bichlorure de mercure), et par les réactifs des alcaloïdes (acide phosphomolybdique, chlorures de platine ou d'or, acide picrique, etc.). La réaction du biuret, la coloration rouge par le réactif de Millon, la réaction de xanthoprotéine, enfin la déviation à gauche du plan de polarisation, sont des preuves indubitables qu'il s'agit là d'un dérivé albuminoïde. Tous ces caractères rapprochent cette substance de l'albumine du sérum, mais son analyse indique d'autre part sa parenté avec les albumoses ou peptones ; en effet, elle se compose de : 45.35 de carbone, 7.13 d'hydrogène, 16.33 d'azote, 1.39 de soufre et 29.80 d'oxygène.

Introduite dans la circulation de lapins et de cobayes, elle provoque la mort à la faible dose de 2 milligrammes et demi par kilogramme du poids de l'animal; parfois la mort n'arrive qu'après des semaines ou même des mois. Elle ne détermine pas la formation de fausses membranes. Conservée dans le vide, elle garde sa virulence pendant des semaines. A la longue, la virulence des bouillons de culture s'affaiblit spontanément, et dans les cultures atténuées on trouve une nouvelle substance albuminoïde non toxique, brun foncé, soluble dans l'alcool étendu, se combinant avec la phénylhydrazine (contrairement à l'albumine toxique), et se montrant composée de : 49 de carbone, 7 d'hydrogène, 15 d'azote, 2.23 de soufre et 26.97 d'oxygène. Toutes ses autres réactions sont identiques à celles de l'albumine toxique.

La toxalbumine du bacille diphtéritique a une certaine ressemblance avec l'ichthyotoxicum qu'A. et U. Mosso ont isolé du sérum des murénides.

2° Les bacilles *typhoïdique, tétanique, cholérique, charbonneux* et le *staphylocoque* doré produisent également des toxalbumines. Hanbury Hankin a déjà isolé (Voy. plus loin, page 490) des cultures du bacilles charbonneux, une albumose qui confère l'immunité contre l'inoculation des bactéridies. De son côté, Christmas (*R. S M.*, XXXIV, 55) a retiré des cultures du staphylocoque doré une substance pyogène.

Contrairement à la toxalbumine diphtéritique, celle des bacilles typhoïdique, cholérique et du staphylocoque doré sont insolubles ou très difficilement solubles dans l'eau. A cet égard, elles se rapprochent donc des globulines, dont elles diffèrent d'ailleurs par leur lente ou difficile solubilité dans le chlorure de sodium. Les cobayes sont très sensibles, les lapins réfractaires à l'action de la toxalbumine cholérique; pour la toxalbumine typhoïdique, c'est l'inverse qu'on observe. Ces deux espèces d'animaux sont également sensibles aux effets de la toxalbumine du staphylocoque doré.

La toxalbumine charbonneuse se rapproche de la diphtéritique par sa facile solubilité dans l'eau ; il en est de même de la tétanique.

Le venin du cobra renferme également une toxalbumine. J. B.

Sur l'élimination de certains poisons morbides par les reins, par Ch. BOUCHARD (*Arch. de Physiol.*, *p.* 637-641, *octobre* 1889).

Le rein élimine non seulement les poisons venus du dehors ou les poisons fabriqués par l'organisme, mais il élimine aussi les poisons fabriqués dans l'organisme par les microbes, et en particulier les matières, soit virulentes, soit vaccinantes, que les micro-organismes pathogènes

élaborent dans nos tissus ou dans nos humeurs au cours des maladies infectieuses.

Les travaux de Charrin nous ont appris que le bacille pyocyanique inoculé chez le lapin produit la fièvre, l'amaigrissement, la diarrhée, l'albuminurie, des paralysies spasmodiques caractéristiques, et que tous ces symptômes peuvent être également obtenus par l'injection de cultures pures du même bacille préalablement stérilisées par le filtre ou par la chaleur. Bouchard a pu déterminer l'éclosion de phénomènes identiques en injectant sous la peau de lapins sains, à la dose quotidienne de 30 centimètres cubes, les urines stérilisées de lapins atteints de maladie pyocyanique.

Tandis que pour obtenir la paralysie pyocyanique il faut injecter à l'animal mis en expérience 140 à 205 centimètres cubes d'urine toxique, il suffit de lui injecter 5 à 55 centimètres cubes de cette urine par kilogramme de son poids pour lui conférer l'immunité contre l'inoculation du bacille pyocyanique.

Bouchard n'a jusqu'ici obtenu de vaccination analogue qu'avec les urines des malades atteints de fièvre typhoïde. Il a échoué avec les urines du charbon, de la rage, du choléra des poules, de la gangrène gazeuse.

G. LION.

Sur une nouvelle ptomaïne de putréfaction, obtenue par la culture d'un microbe, par A. B. GRIFFITHS (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *février* 1890).

Il s'agit d'un microbe chromogène (pigment vert), découvert sur des oignons pourris (et nommé par suite *Bacterium allii*), et qui, cultivé dans l'agar-agar peptonisé, produit une ptomaïne, que l'auteur a isolée sous forme d'un corps solide, blanc, soluble dans l'eau chaude, et cristallisant en fines aiguilles microscopiques.

Pendant que le microbe produit cet alcaloïde, par décomposition chimique des molécules albuminoïdes, il se dégage de petites quantités de gaz H^2S, l'albumine décomposée fournissant le soufre nécessaire à la formation de ce gaz.

M. D.

Einfluss von Verdauungssecreten über Bacterien (Action des sucs digestifs sur les bactéries), par LEUBUSHER (*Zeits. für klin. Medicin, vol. XVII, p.* 472).

Leubuscher a étudié l'action du suc intestinal, du suc pancréatique, de la bile sur diverses bactéries, bacille typhique, bacille du choléra, bacille de Finkler-Prior, bacille du charbon. Le suc intestinal et le suc pancréatique constituent un milieu de culture très favorable et n'ont pas d'action antiseptique. La bile fraîche est également dépourvue de toute action. Les acides biliaires libres possèdent, au contraire, un véritable pouvoir désinfectant, ce qui justifie l'ancienne croyance sur les propriétés antiseptiques de la bile. Mais pour que ce pouvoir s'exerce, il faut que ces acides restent sans se combiner au cours de leur passage dans l'intestin.

A.-F. PLICQUE.

Zum Nachweis der Tuberkelbacillen (De la recherche de bacilles tuberculeux par BLIESENER (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift, p.* 406 ; 1889).

Après avoir étendu de la façon ordinaire une parcelle de crachat ou du

liquide suspect sur une lamelle et l'avoir, avec une aiguille, étalée en couche mince et régulière, on la dessèche en la passant au-dessus de la flamme; puis on place la lamelle, la face préparée tournée en haut, sur une plaque chauffante et on y porte, à l'aide d'une pipette, 5 ou 6 gouttes de la solution suivante (solution de Ziehl-Neelsen) :

Fuchsine, 1 partie; alcool absolu, 10 parties; acide phénique, 1 partie; eau distillée, 95 parties. (Ne point filtrer.)

On chauffe alors la plaque jusqu'à ce qu'on voie apparaître les premières bulles dans la solution de fuchsine, on retire la flamme et on attend environ une minute : on ajoute encore quelques gouttes de la solution colorante, puis on lave à l'eau et on porte la préparation dans un verre de montre contenant 10 à 20 gouttes de la solution suivante :

Bleu de méthylène, 1.5; eau distillée, 100; acide sulfurique, 25.

Au bout de 50 secondes on retire la lamelle, on lave à l'eau et on monte la préparation. Les bacilles se présentent colorés en rouge intense, tandis que le reste de la préparation est d'un bleu pâle.

Pour les crachats, quand il n'existe encore que des soupçons de tuberculose, Bliesener conseille de recourir à la méthode de concentration de Biedert, qui permet de recueillir sous forme de sédiment tous les bacilles disséminés dans un crachat. DE SANTI.

Verschwinden und Wiederauftreten der Tuberkelbacillen im Sputum (Disparition et retour des bacilles tuberculeux dans les crachats), par WINTERNITZ (*Wien. med. Presse*, *n° 4, p. 121*; 1890).

Les variations dans la quantité des bacilles des crachats renseignent en général d'une façon précise sur la marche des lésions anatomiques de la tuberculose pulmonaire. La recherche des bacilles est donc indispensable si l'on veut établir nettement le pronostic; il faut se rappeler cependant qu'un résultat négatif n'exclut pas l'hypothèse d'une tuberculose envahissante.

Voici un cas intéressant où la disparition des bacilles a fait prévoir la guérison.

Homme de 33 ans, tuberculeux depuis la fin de l'année 1887. En juillet 1889, aspect cachectique, ramollissement du sommet droit, induration du gauche. Poids du corps, 54^{kg},500. Nombreux bacilles et fibres élastiques dans les crachats.

Sous l'influence du traitement, amélioration au mois d'octobre; toux moindre, crachats moins abondants.

A partir du 18 octobre, on examine les crachats journellement pendant quinze jours sans trouver un seul bacille.

Le 10 novembre, poids 59^{kg},600; absence de bacilles. Amélioration de l'état général.

Signes de cicatrisation des lésions des deux sommets. On trouve seulement quelques râles au sommet droit en un point très limité, sous la clavicule. Sur les autres points, respiration rude ou caverneuse. L. GALLIARD.

Influence de la transfusion péritonéale du sang de chien sur l'évolution de la tuberculose chez le lapin, par F. HÉRICOURT et Ch. RICHET (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 16 *juin* 1890).

Les expériences antérieures d'Héricourt et Richet ont montré que, si l'on fait une infusion péritonéale de sang de chien à un lapin, celui-ci

acquiert une immunité plus ou moins grande contre certaines infections. La série des expériences dont ils donnent actuellement le résumé prouve que, pour la tuberculose, l'infusion préalable intra-péritonéale de sang de chien augmente la résistance des lapins inoculés. Ces expériences se rapportent à un assez grand nombre de sujets pour qu'elles soient considérées comme démonstratives, excluant l'hypothèse d'un hasard heureux. Il est vrai que dans deux séries de ces expériences les lapins ont fini par mourir tous de la tuberculose, aussi bien les transfusés que les *témoins;* mais l'expérience n'en est pas moins démonstrative, non au point de vue de l'immunité totale contre la tuberculose, mais au point de vue d'un retard apporté à son évolution. M. DUVAL.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss... (Recherches expérimentales sur l'influence qu'exerce la dilution sur l'activité du poison tuberculeux) par Fr. GEBHARDT (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXIX, Heft* 1).

Les masses tuberculeuses ou bien le lait provenant de vaches tuberculeuses produisent la tuberculose aussi bien par voie d'inoculation que par voie digestive. Comme ces faits sont bien établis par l'expérience et que Gebhardt n'a pu provoquer la phtisie sur le cobaye en inoculant du lait tel qu'on le trouve sur les divers marchés de Munich, il lui vint l'idée que le lait infectieux aurait perdu ses propriétés nocives, parce qu'il est mélangé à du lait sain. Pour la vérifier, il dilua le lait provenant de vaches tuberculeuses avant de l'inoculer, et l'expérience lui prouva que le lait parfaitement virulent peut, sous l'influence de la dilution, devenir inoffensif.

Le crachat des phtisiques étant regardé comme la source principale de l'infection humaine, Gebhardt inocula 1 centimètre cube d'une solution de crachat au 1/100,000 et obtint des résultats positifs. Des cultures pures du bacille tuberculeux agissent encore à un état de dilution extrême.

La tuberculose des animaux inoculés évolue d'autant plus rapidement qu'on a inoculé de plus fortes quantités de poison. C'est là ce qui rend compte des résultats ci-dessus signalés : en effet, il est très difficile de constater la présence des bacilles dans le lait, où ils sont peu nombreux, tandis que Gebhardt a compté qu'un centimètre cube de crachat tuberculeux renferme près de 82 millions de bacilles. ED. RETTERER.

Beiträge zur Lehre von der zooparasitären Tuberculose (Sur la tuberculose zooparasitaire), par W. EBSTEIN et A. NICOLAIER (*Archiv f. path. Anat. u Physiol., Band CXVIII, Heft* 3).

Les auteurs trouvèrent dans le rein des chiens, et principalement dans la substance corticale, des granulations grises ou gris jaunâtre et renfermant un ver enroulé en spirale. Après avoir été isolé sur les pièces fraîches, le parasite faisait des mouvements très nets, qu'accentuait une température plus élevée que le milieu ambiant. Quant aux granulations elles-mêmes, les unes étaient bien séparées du tissu avoisinant, grâce à une zone de tissu fibrillaire, tandis que les autres n'avaient pas de limite nette. Elles étaient constituées par des éléments cellulaires qui rappe-

laient de tous points les granulations que produit le bacille de la tuberculose.

En second lieu, les auteurs trouvèrent des vers parasites de moindre dimension dans l'intérieur des granulations miliaires que présentèrent les poumons de deux chats. Ces dernières granulations renfermaient des cellules géantes.

Dans aucun des cas précités, il n'y avait trace de micro-organismes végétaux.

Comme ces granulations étaient le siège de phénomènes régressifs, de dégénérescence et de nécrose, les auteurs pensent pouvoir admettre une tuberculose zooparasitaire dans le rein du chien et dans le poumon du chat. ED. RETTERER.

Untersuchungen über den Diphtheriebacillus... (Recherches sur le bacille de la diphtérie et sur la diphtérie expérimentale), par V. BABES (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXX, Heft* 3).

Babes institua sur les lapins, les cobayes, les pigeons, les souris, etc., des expériences à l'effet de déterminer le rôle du bacille de la diphtérie et de ses produits solubles. Les cultures diphtéritiques récentes produisent des pseudomembranes sur la conjonctive du lapin; au bout de 15 à 20 jours, elles ont perdu cette faculté, sauf à la reconquérir sur un nouveau bouillon. Des cultures qui ne sont plus aptes à provoquer des pseudomembranes déterminent, par inoculation dans la muqueuse, la mort au bout de quelques jours. L'inoculation réussit très bien sur les cobayes et les jeunes lapins.

L'injection sous-cutanée de la solution filtrée des cultures amène à la longue de la paralysie sur les lapins. De fortes quantités amènent la mort des lapins, des cobayes, des pigeons et des souris blanches.

Sur les lapins morts de diphtérie, de même que chez l'homme, Babes trouve une altération profonde du sang et des parois vasculaires; il existe une formation anormale de fibrine, une abondance plus grande de leucocytes et une hyperplasie de la substance chromatique des endothéliums. Les cellules épithéliales des amygdales, ainsi que celles des cryptes amygdaliennes, montrent de nombreuses figures karyokinétiques.

Babes indique, d'après ses expériences, comme moyens prophylactiques capables d'enrayer le développement de la pseudomembrane sur la conjonctive du lapin inoculé, les solutions suivantes : l'hypermanganate de potasse à 1/1000, le sublimé corrosif à 1/4000 l'alcool à 1/5; l'hydrate de chloral à 2/100, l'acide borique à 5/100. Comme la muqueuse pharyngienne de l'enfant est moins sensible que la conjonctive du lapin, Babes conseille de se servir de solutions plus concentrées de ces mêmes substances à l'effet d'empêcher chez lui le développement du bacille de la diptérie. ED. RETTERER.

Preliminary note on the processes... (Des processus qui se produisent dans la membrane diphtéritique), par Armand RUFFER (*Brit. med. j., p.* 202, 26 *juillet* 1890).

Voici les conclusions de Ruffer :

1° Les bacilles de la diphtérie se rencontrent dans les parties les

plus superficielles de la fausse membrane exclusivement, par conséquent assez près pour être accessibles aux agents thérapeutiques ;

2° Il y a dans les membranes diphtériques une lutte active entre les cellules amiboïdes de la membrane et les microbes. C'est pour cela que ceux-ci ne pénètrent pas plus avant dans les tissus de l'économie : ils sont arrêtés par les cellules amiboïdes, qui les détruisent. H. R.

Streptococcenbefunde bei Masern (Streptocoques dans la rougeole), par LUBARSCH (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 4, p. 113, 15 février* 1890).

Lubarsch a pratiqué l'examen bactériologique dans 4 cas de rougeole.

Dans le premier cas, qui était compliqué de pneumonie, il a pu cultiver, de la rate, le staphylocoque doré ; l'examen microscopique des foyers pneumoniques et les cultures du poumon n'ont donné aucun microorganisme ;

Dans le deuxième cas, également compliqué de pneumonie, Lubarsch a pu cultiver, du poumon, le staphylocoque doré et un diplocoque peu caractéristique.

Dans les deux autres cas, compliqués, l'un de pneumonie, de pleurésie et de laryngite fibrineuse, l'autre seulement de laryngo-trachéite fibrineuse, il a cultivé des streptocoques identiques au pyogène ou à l'érysipélateux.

Ni la rate ni les reins n'ont fourni de microorganisme.

En résumé, il s'agit là d'un streptocoque tenant aux complications.

J. B.

Sur les fonctions chromogènes du bacille pyocyanique, par C. GESSARD (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *février* 1890).

La fonction chromogène du bacille pyocyanique varie avec le milieu. Une légère modification dans la constitution chimique de l'aliment, comme celle qui résulte de la peptonisation, se traduit par des changements de couleur. Aujourd'hui que nous savons quel rôle les produits de sécrétion du microbe jouent dans les questions de virulence, il est intéressant de voir d'autres sécrétions du microbe, ses matières colorantes, varier si notablement sous l'influence des plus légères modifications dans la nature du milieu de culture. M. D.

Remarques sur la perte de la virulence dans les cultures de bacillus anthracis et sur l'insuffisance de l'inoculation comme moyen de l'apprécier, par S. ARLOING (*Compt. rend. acad. des sciences*, 5 *mai* 1890).

Dans une culture, les bacilles ne possèdent pas la même virulence et la même puissance végétative. Le vieillissement se fait d'abord sentir sur les bacilles les plus faibles, de sorte qu'une culture abandonnée à elle-même s'appauvrit en organismes virulents et féconds. A un moment donné, l'inoculation à petite dose ne peut plus déceler les vestiges de la virulence ; néanmoins la culture permet de récolter toute une génération de bacilles virulents.

Les procédés d'atténuation reposant tous sur l'emploi de causes de destruction, des phénomènes analogues doivent se produire dans les

cultures atténuées, surtout dans les cas où l'atténuation est obtenue rapidement.

Conséquemment, dans l'étude des influences capables de restituer la virulence à des cultures atténuées, il faudra tenir compte d'une sélection spontanée d'agents virulents dans les cultures de restauration.

M. D.

Immunity produced by an albuminose isolated from anthrax cultures (Immunité produite par une albuminose isolée des cultures charbonneuses), par H. HANKIN (*Brit. med. j.*, *p.* 810, *octobre* 1889).

L'auteur a isolé, des cultures du bacille charbonneux, une albuminose dont il se sert pour atténuer le virus. Il rapporte de nombreuses expériences faites sur des lapins et des souris, auxquels il pouvait impunément injecter des cultures charbonneuses quand ils avaient été préalablement inoculés avec cette albuminose. Ses conclusions sont les suivantes :

Le bacille charbonneux tue les animaux en produisant chez eux une albuminose toxique.

Cette albuminose supprime le pouvoir germicide des animaux vivants (c'est-à-dire leur résistance aux agents virulents); elle parait être fort lentement excrétée.

Si on injecte aux animaux une dose forte de l'albuminose en question, elle favorise l'imprégnation par le bacille charbonneux.

A petite dose, au contraire, elle est tolérée par l'organisme et le rend inapte à être intoxiqué par le bacille charbonneux. H. R.

The œtiologie of puerperal fever, par Will. Robert SMITH (*Medico-chir. Transact.*, *LXXII*, *p.* 83, 1889).

Relation de deux cas de fièvre puerpérale avec recherches bactériologiques, cultures et inoculation du microbe trouvé dans les produits de la suppuration viscérale. Voici les conclusions de Smith :

1. L'organisme trouvé dans le sang des femmes atteintes de septicémie puerpérale appartient à la famille des streptocoques.

2. Il offre quelques particularités de culture qui le différencient des streptocoques.

3. C'est bien une espèce définie, comme le prouvent les inoculations aux lapins et aux souris, bien qu'il ait des affinités avec les autres streptocoques pathogènes.

4. Ce n'est pas le streptocoque de l'érysipèle de Fehleisen; son action sur l'oreille du lapin est fort différente, et ne détermine pas d'érysipèle comme dans l'inoculation de ce dernier.

5. Ce n'est pas non plus le streptocoque pyogène de Rosenbach. Celui-ci se cultive abondamment dans la gélatine colorée par la pourpre de Spiller, et son inoculation aux souris ne réussit que 20 fois sur 100; enfin il n'agit que peu sur l'oreille du lapin, en y déterminant un abcès local. Le streptocoque puerpéral agit tout différemment, il meurt dans la gélatine colorée, et tue invariablement les souris. H. R.

Ueber Erzeugung vom Impfaktinomykose mittelst Culturen des Strahlenpilzes, par Max WOLFF et James ISRAEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 13, *p.* 309, 31 *mars* 1890).

Wolff et Israel ont réussi à produire des cultures pures de l'actinomycète qu'ils ont inoculées avec succès au lapin, jusqu'à la troisième génération.

Les cultures ont été faites les unes sur l'agar-agar, les autres sur des œufs.

Les premières ont donné lieu à des granulations ayant d'abord l'aspect de gouttes de rosée qui devenaient opaques ultérieurement et, par leur confluence, finirent par former une masse blanche à la surface de l'agar. Sous le microscope, ces granulations apparurent composées de bâtonnets courts et gros, quelquefois un peu allongés, sans mélange d'autres éléments.

Le développement du champignon rayonnant sur les œufs présente d'autres particularités. A côté des bâtonnets courts, on voyait en grand nombre des filaments, les uns onduleux, les autres roulés en tire-bouchons, offrant çà et là une dichotomie et souvent intriqués en réseaux embrouillés. Sur l'agar, ces filaments allongés étaient toujours rares.

Transportés sur les œufs, les bâtonnets courts des cultures sur l'agar se transformèrent en filaments allongés et réciproquement.

3 lapins inoculés avec ces cultures pures ont présenté les lésions suivantes :

Nombreuses tumeurs dans la cavité péritonéale, dans la paroi abdominale, dans le grand épiploon, sur les intestins et dans des adhérences. Ces tumeurs, de couleur rouge pâle avec nombreux points jaunâtres, avaient des dimensions variables d'une tête d'épingle à une noisette. A la coupe, elles apparaissaient formées d'une enveloppe de tissu fibreux et d'un contenu jaune, analogue à du suif. En écrasant ce contenu, on voyait sous le microscope que chaque granulation se composait de plusieurs grains d'actinomycète inclus dans des amas de cellules rondes, mélangées de cellules en dégénération graisseuse. Ces cellules offraient souvent à leur périphérie, d'une façon très manifeste, les massues disposées en palissade rayonnante, entre lesquelles faisaient saillie parfois des filaments allongés sans massue. (*R. S. M.*, XXV, 53 et 55.) J. B.

De la pénétration des bacilles de la morve à travers la peau saine, par BABES. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 *mai* 1890).

Babes a entrepris un certain nombre d'expériences tendant à montrer que les bacilles de la morve peuvent pénétrer à travers la peau saine des animaux et donner ainsi la morve uniquement par le contact. Par l'examen histologique des papulo-pustules de la morve cutanée chez l'homme il a reconnu que certains follicules pileux dilatés sont le siège de bacilles morveux, qui se colorent très bien par la fuchsine anilinisée. Ces bacilles existent dans la partie centrale du follicule et dans sa couche épithéliale; on en trouve également dans les lymphatiques cutanés. Il ressort donc de ces constatations que les bacilles morveux peuvent pénétrer dans la peau saine en suivant le trajet des follicules pileux,

puis traverser leurs couches épithéliales et arriver dans les lymphatiques cutanés, d'où ils se généralisent dans l'économie. OZENNE.

Ueber Bakterien des Bruchwassers eingeklemmter... (Sur les bactéries de la sérosité de la hernie étranglée et leurs relations avec la septicémie péritonéale), par H. B. BÖNNECKEN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXX, Heft* 1).

Bönnecken établit sur les chiens des hernies étranglées et examina le liquide transsudé, qu'il compara à la sérosité des hernies étranglées observées chez l'homme. Dans les deux cas, il trouva des micro-organismes vivants et susceptibles de se développer: ils existaient dans tous les stades de l'étranglement, aussi bien dans le premier liquide aqueux et inodore que dans les sérosités sanguinolentes et à odeurs fécaloïdes. Il put établir l'identité de ces microbes avec les bactéries qui se trouvent dans l'intérieur de l'intestin.

Dès que l'étranglement a provoqué des troubles vasculaires et augmente la pression du sang, les microbes traversent la paroi intestinale et parviennent dans la cavité abdominale dont la séreuse les résorbe. Cette première invasion de bactéries n'a aucune influence nuisible sur l'organisme, si l'on réduit l'étranglement dans ce stade. Mais qu'on laisse la hernie étranglée en place, on voit la sérosité augmenter, ainsi que les bactéries. Tout le transsudat n'est plus résorbé, de sorte que les bactéries y trouvent un terrain de culture favorable. L'animal est perdu, dès qu'on voit survenir de la nécrose dans la portion étranglée, parce que les bactéries y provoquent une décomposition putride.

Si l'animal meurt avant la nécrose du tissu intestinal, on ne trouve à l'autopsie qu'une septicémie péritonéale. S'il résiste plus longtemps, la septicémie est accompagnée d'une péritonite purulente. ED. RETTERER.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Les anesthésiques. Physiologie et application chirurgicale, par A. DASTRE (*In*-8° 306 *pages*, *Paris*, 1890).

L'ouvrage est divisé en 4 parties. Le livre I contient une étude complète des anesthésiques vulgaires, éther et chloroforme, aux points de vue de la physiologie générale, de la physiologie spéciale des divers appareils et des applications chirurgicales. — Le livre II expose l'histoire physiologique des divers anesthésiques: protoxyde d'azote, chloral, bromure d'éthyle, dérivés chlorés du formène, de l'éthylène; amylène, composés divers: l'étude de l'action générale de la cocaïne; les procédés physiologiques d'anesthésie. — Le livre III est consacré aux anesthésies mixtes ou combinées : procédés de Cl. Bernard, Nussbaum, Spencer Wells, Forné, Trélat, Perrier, Clover, Stefani et Vachetta,

Obalinski, Von Mering, Dastre et Morat. Le livre IV a pour objet l'anesthésie locale et les progrès récents de cette méthode. — Dans l'introduction historique, l'auteur rattache la découverte de l'anesthésie aux tentatives rationnelles de Denis Papin, Humphry Davy et Faraday. — Comme parties originales, nous signalerons la théorie de l'action nerveuse du chloroforme, la discussion de l'analgésie, la théorie des accidents de la chloroformisation, la méthode mixte, atropine, morphine, chloroforme. A. D.

Ueber die Chloroformzersetzung durch künstliche Lichtquellen (Destruction du chloroforme par les sources de lumière artificielle), par KUNKEL (*Sitzungs-Beritche der physik-medicin Gesellschaft zu Würzburg, p.* 29; 1890).

On a signalé les produits irritants fournis par le chloroforme en contact avec les lumières artificielles. L'auteur étudie directement ces produits dans un appareil et avec un dispositif appropriés. Il trouve surtout de l'acide chlorhydrique et de l'acide CO^2. L'acide chlorhydrique atteint 80 0/0 de la quantité que peut fournir le chloroforme. En second lieu, on trouve du gaz chlore, en quantité très faible et qui n'est probablement qu'un produit de réaction secondaire; on ne rencontre ni oxyde de carbone, ni acide formique, ni acide acétique. Pas de gaz chloroxy-carbonique. Des traces de substances pyrogénées.

L'acide chlorhydrique explique les accidents observés par les chirurgiens, puisque, à la proportion de 1 dix-millième, cette substance irrite déjà les muqueuses. La combustion de 12 grammes de chloroforme dans une chambre de 80 mètres cubes suffit à donner cette proportion. Mais il est clair que le fait ne peut se produire qu'avec une mauvaise ventilation, une atmosphère sèche qui empêche la condensation de l'acide chlorhydrique, des courants d'air au voisinage des lampes, etc. Le remède est de tendre dans la pièce quelques linges (surtout au voisinage des lampes) imprégnés d'eau alcaline, de lait de chaux. A. D.

Zur Lehre über die physiologische Wirkung des Curare (Effets physiologiques du curare), par W. NIKOLSKI et J. DOGIEL (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLVII, p.* 68).

Exposé bibliographique complet de la question. Les conclusions particulières des auteurs sont les suivantes : Le curare introduit en Europe présente des variétés de force et de préparation. Le curare commercial de Merk et Schuchardt contient de l'acide phosphorique et de la chaux. Le sulfate de curarine lui-même n'est pas un produit pur. Le curare n'est pas absorbé à travers le tégument des mammifères : il l'est difficilement à travers les muqueuses. Introduit dans le sang, il agit de la même manière chez les mammifères, oiseaux, reptiles, batraciens, poissons, crustacés, insectes et amibes. Il peut paralyser le système nerveux central, les terminaisons des nerfs moteurs volontaires du cœur, des muscles lisses, et agir sur le tissu musculaire lui-même. Injecté dans le bout périphérique de la carotide, son action se fait sentir d'abord sur le cerveau, puis sur les autres tissus dans l'ordre précité; dans le bout de l'artère crurale, il porte son action d'abord sur les nerfs moteurs. Les nerfs moteurs volontaires ne sont pas tous atteints avec la même rapi-

dité. Le curare n'agit pas avec autant d'énergie sur le centre vaso-moteur du lapin et du chat que sur celui du chien. Installé sur la conjonctive des mammifères, il ne la dilate pas, ce que fait l'atropine : chez les oiseaux, c'est l'inverse, c'est le curare et non l'atropine qui dilate la pupille. Lorsque l'on constate une dilatation chez le chien ou le lapin, elle est due à une action directe sur le cerveau et non à la paralysie des terminaisons de l'oculo-moteur commun dans le sphincter irien. L'affaiblissement ou la paralysie du vague est plus rapide chez les chats que chez les chiens ou les lapins. La paralysie des branches gastriques ou intestinales est plus tardive que celle des branches cardiaques. L'action intime consiste en une altération du protoplasme nerveux et musculaire : elle se produit sur les amibes et sur les leucocytes. Si l'on enlève le poison par un lavage, les propriétés reparaissent. La mort par le curare est due à la perte d'activité du centre respiratoire et non à la paralysie des terminaisons des muscles respirateurs. Après l'action de l'ozone, le curare perd ses propriétés toxiques. A. D.

Zur Kenntniss der Strychninwirkung (Pour servir à la connaissance de l'action de la strychnine), par K. SCHLICK (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVII*, *p.* 171).

Tandis que tous les excitants, mécaniques, thermiques, électriques, permettent de reconnaître, chez la grenouille strychnisée, un notable accroissement de l'activité réflexe, on n'observe rien de pareil avec l'excitant chimique. Un excitant chimique qui, avant l'empoisonnement strychnique, était très efficace, peut ensuite l'être peu ou point. En particulier le temps de réflexion paraît augmenté. A. D.

Le jambul, par EGASSE (*Bull. gén. de thérap.*, 15 *juillet* 1890).

Le jambul (Eugenia ou Syzygium jambulane), originaire des régions tropicales de l'Amérique et de l'Asie, a été très vanté dans le traitement du diabète.

On emploie les graines pulvérisées à la dose minimum de 30 à 50 centigrammes répétée 3 à 4 fois par jour.

Même à doses élevées, le jambul est inoffensif.

Les observations publiées ne sont pas concordantes.

Il agirait surtout dans les cas de diabète moyen (8 à 10 grammes de sucre par litre). Il ferait disparaître la glycosurie, qui ne reparaîtrait pas sous l'influence de l'alimentation. P. TISSIER.

La théobromine et la diurétine, par Mme KOUINDJY-POMERANTZ (*Bull. gén. de thérap.*, 15 *août* 1890).

1° La diurétine (théobromine sodée avec salicylate de soude) à la dose de 3 à 5 grammes est un fort bon diurétique plus actif que la caféine.

2° C'est un médicament agissant directement sur l'épithélium rénal; néanmoins les faits cliniques de l'auteur montrent qu'il faut être prudent chez les malades à cœur profondément dégénéré.

3° Pas d'action notable sur la contraction du cœur.

4° La diurèse est rapide et est 2 ou 3 fois plus prolongée qu'avec la caféine.

5° Pas d'assuétude au médicament.

6° Pas de dysurie, même à la dose de 5 grammes par jour.

7° Pas d'action sur le système nerveux central.

Elle doit être administrée dans du lait ou du chocolat entre les repas.

Quand la diurèse est encore possible, la diurétine et la théobromine produisent de bons effets dans les hydropisies. Pas d'action quand les reins sont trop lésés. P. TISSIER.

De l'action diurétique du sureau, par LEMOINE (*Gaz. méd. de Paris*, 14 *juin* 1890).

Si l'on peut mettre en doute l'action diaphorétique du sureau noir, il n'en est pas de même de sa puissance diurétique. L'expérience et la clinique prouvent que la seconde écorce fraîche de cet arbrisseau doit être seule employée, à cause de sa plus grande action, qui s'exerce primitivement sur le système rénal. La polyurie en est l'effet dominant, lorsqu'on l'emploie en décoction, ce qui doit être préféré aux macérations, car dans ce dernier cas il y a différents accidents gastro-intestinaux. L'action diurétique du sureau est donc utile dans la néphrite aiguë avec œdéme du rein, dans la néphrite chronique et dans les affections du cœur ; ce médicament, simple diurétique, n'a aucun effet nuisible sur le rein. OZENNE.

Hydrastin und Hydrastinin, par Ed. FALK (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXIX*, *Heft* 3).

L'hydrastine est l'alcaloïde retiré de l'hydrastis canadensis, une renonculacée de l'Amérique du Nord. En l'oxydant, on la dédouble en une base, l'hydrastinine, et un acide, l'acide opianique.

L'expérimentation a montré à Falk que l'hydrastine agit à doses modérées sur les vertébrés à sang froid de la façon suivante : au début, elle amène un état tétanique qui s'annonce par l'augmentation de l'irritabilité réflexe ; plus tard, elle produit l'état paralytique, qui est une conséquence de la paralysie de la sphère motrice de la moelle épinière. Un des symptômes les plus précoces de l'empoisonnement par l'hydrastine consiste dans la parésie du cœur. Chez les animaux à sang chaud, le stade paralytique survient plus tôt que sur ceux à sang froid; l'irritation de la moelle épinière donne naissance à la contraction des parois vasculaires et à l'augmentation de la pression sanguine, qui n'est pas continue, il est vrai.

Pendant les stades tétaniques, le pouls diminue de fréquence. Plus tard, ces phénomènes cèdent le pas à la paralysie, à la dilatation des vaisseaux et à la diminution de la pression sanguine. La mort est la conséquence de la paralysie du cœur.

L'hydrastinine provoque de la paralysie aussi bien sur les animaux à sang froid qu'à sang chaud en agissant sur la sphère motrice de la moelle épinière. Elle n'est pas un poison du cœur; elle détermine la contraction des parois vasculaires et, par suite, augmente la pression sanguine. En même temps, la fréquence du pouls diminue. La mort est occasionnée par la paralysie du centre respiratoire.

Falk conclut de ses recherches que l'hydrastinine mérite d'être employée de préférence à l'hydrastine : 1° parce qu'elle partage avec celle-ci les propriétés vaso-constrictives; 2° parce que son action sur les vaisseaux est plus énergique et plus durable ; 3° parce qu'elle ne paralyse pas le muscle cardiaque. ED. RETTERER.

Studien über den Phloridzindiabetes (Etudes sur le diabète produit par la phloridzine), par F. MORITZ et W. PRAUSNITZ (*Zeitschrift für Biologie, XXVII, p.* 81).

J. von Mering fait connaître, avec la phloridzine, un moyen de produire une glycosurie énergique que l'on peut faire durer à volonté et qui ne s'accompagne pas des effets dommageables que produisent les autres moyens connus. On peut supposer que cette substance met l'organisme dans un état tout à fait analogue au diabète naturel. Pour s'assurer de cette identité, les auteurs du présent mémoire se sont proposé d'étudier les modifications des échanges matériels dans ce cas, pour la confronter avec ceux du diabète. La phloridzine est un glycoside : son ébullition avec les acides la transforme en phlorose, 38.1 0/0, à peu près identique au glycose, et en phlorétine. Celle-ci traitée par les alcalis donne de la phloroglycine et de l'acide phlorétique. La résoption de la phloridzine dans l'intestin paraît être rapide et complète. Pour rechercher la phloridzine, on procède ainsi : on fait un extrait alcoolique (des excréments séchés et pulvérisés), on évapore l'alcool. On reprend le résidu par l'eau chaude. On ajoute de l'acide sulfurique à 20 0/0 : on fait bouillir pendant 15 minutes. On neutralise : on filtre. Le filtrat contient la phlorose que l'on détermine avec la liqueur de Fehling et qui représente 38.1 0/0 de la phloridzine.

L'élimination de la phloridzine se fait rapidement. La quantité des acides sulfo-conjugués de l'urine est augmentée.

La phlorétine elle-même peut produire la glycosurie. La glycosurie phloridzinique persiste quelle que soit l'alimentation ou même à l'état de jeûne, ce qui la rend comparable à une forme de diabète grave ; avec 10 grammes de phloridzine et un régime de viande, on a recueilli dans un cas 53 grammes de sucre de glucose. Cette quantité dépend en général de la dose de phloridzine. Elle s'accroît avec la nature de l'alimentation, comme le diabète naturel : par exemple avec l'alimentation hydrate de carbone, de même avec la viande. On sait, en effet, d'après Külz, Trose, Von Mering et Minkowski, qu'à cet égard 100 grammes de viande équivalent à 23 grammes d'amidon. La phloridzine n'exerce pas d'action sur la température du corps. L'élimination du sucre commence environ 3 heures après l'ingestion de la phloridzine, s'accroît rapidement et cesse rapidement (36 heures environ après l'ingestion). La quantité de sucre de l'urine a varié entre 6 0/0 et 13.50 0/0. L'excrétion de sucre dans l'état de jeûne et avec le régime gras est très notable; elle est relativement plus considérable qu'avec les hydrates de carbone ou la viande.

La destruction de l'albumine, dans le cas de régime azoté abondant, n'est pas augmentée. Elle l'est considérablement dans le cas de jeûne. Mais si l'on donne le régime exclusif de graisses, ou mieux d'hydrates

de carbone, la destruction de l'albumine devient beaucoup moindre que dans le jeûne. A. D.

Exalgin und Methacetin, zwei neue Anilindeprivate, par HEINZ et FILEHNE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 11, *p.* 250, 17 *mars* 1890).

1° *Exalgine.* En injections sous-cutanées, elle détermine chez les grenouilles les mêmes symptômes que les autres dérivés de l'aniline. La dose de 2 centigrammes entraîne la mort. Les globules rouges ne sont pas altérés et le sang ne contient pas de méthémoglobine.

Chez les animaux à sang chaud, les phénomènes sont tout différents et l'opposé de ceux provoqués par l'antifébrine. Chez le lapin, l'injection sous-cutanée d'un décigramme ou l'ingestion de 25 centigrammes est suivie de convulsions cloniques débutant par la face, envahissant successivement tout le corps et survenant sous forme d'accès. L'injection sous-cutanée de 2 décigrammes ou l'ingestion de 50 centigrammes tue un lapin pesant 1500 grammes. Ainsi, l'exalgine paraît deux fois plus active et plus dangereuse que l'antifébrine.

A petites doses, l'exalgine produit un ralentissement du pouls et un accroissement de la pression sanguine; à doses plus considérables, ce double phénomène disparaît lentement.

A la longue, l'exalgine amène la dissolution des globules rouges.

Chez l'homme, aux doses de 20 à 60 centigrammes, l'exalgine ne détermine aucun abaissement de la température fébrile, fait curieux en raison de sa parenté avec l'antifébrine. Comme calmant, la dose active minima est de 40 centigrammes. Heinz est d'avis de ne pas dépasser la dose de 50 centigrammes chez l'adulte; chez lui-même, cette quantité a donné lieu à des bourdonnements d'oreilles et à une sorte d'ivresse. (Personnellement, nous avons été victime d'une intoxication par l'exalgine. L'ingestion à jeun d'un paquet qui nous avait été envoyé comme échantillon, sans indication de dose, a été suivie presque instantanément d'une attaque épileptiforme avec chute, morsures linguales, etc. Le retour complet de la connaissance ne s'est effectué qu'au bout de trois heures. Durant quelques heures, les urines ont été noires, les frissonnements sous-cutanés intenses, et pendant plusieurs jours a persisté une courbature articulaire généralisée, due sans doute aux mouvements convulsifs.)

2° *Méthacétine.* Connue aussi sous les noms d'acétanisidine et de paraméthoxyacétanilide, elle jouit des mêmes propriétés physiologiques que la phénacétine, tout en étant active à doses moitié moindres. Chez les animaux, il faut des doses de 2 grammes au moins pour déterminer un effet, se bornant à un faible narcotisme. Ils ne présentent aucune altération du sang. Mahnert (*Wiener klin. Woch.*, 1889) a constaté l'action antipyrétique de la méthacétine chez les enfants aux doses de 15 à 20 centigrammes.

Chez l'adulte, la dose convenable est de 50 centigrammes comme antipyrétique et du double comme calmant, tandis que les doses correspondantes de phénacétine sont de 1 et 2 grammes.

La méthacétine abaisse en moyenne de 3° la température des typhoïdiques, et son action est plus rapide que celle de la phénacétine. J. B.

Action physiologique de la thalline. Ses contre-indications en thérapeutique par ALBERT ROBIN (*Arch. de phys., p.* 667-674, *octobre* 1889).

1° La thalline est un poison du système nerveux, des globules rouges du sang et, en général, des tissus organiques, riches en soufre et en phosphore.

2° Son action antiseptique intra-organique est insignifiante et passagère.

3° La thalline, tirant ses propriétés antipyrétiques non de son action antiseptique, mais vraisemblablement de ses effets toxiques, doit être proscrite du traitement des fièvres.

4° Vu sa propriété de retarder l'élimination de l'acide urique sans diminuer sa formation, elle doit être rejetée dans le traitement des affections dites uricémiques.

5° Enfin, ses effets sur la nutrition et sur le système nerveux ne laissent guère pressentir que des contre-indications à son usage en thérapeutique. G. LION.

Ueber die Wirkung des Methacetin, par C. SEIDLER (*Berlin. klin. Woch. n°* 15, *p.* 336, 14 *avril* 1890).

Voici le résultat des expériences de Seidler sur ce nouveau médicament :

A. *Antipyrétique.* Quand la fièvre ne dépasse pas 39°, il suffit de 40 centigrammes de méthacétine pour ramener la température à la normale. Quand la fièvre est plus considérable, il faut jusqu'à 60 centigrammes pour obtenir une rémission oscillant de 1 à 4 degrés centigrades.

La méthacétine étant facilement soluble, son action ne tarde pas au delà d'une demi-heure. La chute thermométrique est graduelle et complète seulement au bout de trois heures, en moyenne; la réascension est relativement plus prompte et s'annonce souvent par un frisson.

L'abaissement de la température s'accompagne régulièrement, chez les fébricitants, de sueurs plus ou moins profuses, d'autant plus intenses que les malades sont plus faibles, ce qui contre-indique l'emploi de cet antipyrétique chez les tuberculeux.

La méthacétine n'occasionne d'ailleurs pas d'autres phénomènes désagréables.

B. *Antirhumatismal.* Seidler n'a encore administré la méthacétine qu'à quatre rhumatissants. Elle lui a paru toutefois avoir une action rapide sur les gonflements articulaires et les douleurs, surtout dans les cas de rhumatisme aigu.

C. *Antinévralgique* peu énergique. J. B.

Orexin, ein echtes Stomachicum, par PENZOLDT (*Therap. Monatshefte, n°* 2, 1890, *Berlin. klin. Woch., p.* 287, 1890, *et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, p.* 168, 1890).

Penzoldt donne le nom d'orexine au chlorhydrate de phényldihydroquinazoline, à cause de ses remarquables propriétés de provoquer le sentiment de la faim et d'activer la digestion gastrique.

Le chlorhydrate de phényldihydroquinazoline a une saveur très amère;

il irrite un peu les muqueuses, sans les cautériser. Penzoldt l'a administré à 36 malades atteints d'anorexies de causes diverses; 26 fois le résultat a été excellent, et jamais il n'y a eu de phénomènes accessoires désagréables, à part des vomissements passagers chez 5 malades. La dose convenable est de 30 à 50 centigrammes, une ou deux fois par jour, administrée en capsules ou en pilules enrobées de gélatine. Il faut, en outre, avoir soin de faire prendre aux malades une certaine quantité de liquide, à cause des qualités irritantes du médicament. J. B.

Ueber die Zusammensetzung und Anwendbarkeit... (Sur la composition et l'emploi de la saccharine du commerce), par E. SALKOWSKI (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. CXX, Heft* 2).

Salkowski étudie d'abord la composition chimique de la saccharine : d'après ses analyses, la saccharine du commerce renferme toujours une certaine quantité d'acide parasulfaminbenzoïque.

En second lieu, il se demande si l'usage de la saccharine est nuisible à la santé, comme le dit le rapport de la commission française. Comme les uns prétendent, d'après des essais sur les chiens, que la saccharine ne modifie en rien la santé, que d'autre part les autres avancent que l'usage de la saccharine enlève l'appétit, Salkowski tenta de trancher la question par les digestions artificielles.

Divers essais lui démontrèrent que la saccharine anéantit l'action du ferment diastasique de la salive sur l'amidon; on voit qu'il est d'accord avec la commission française qui, d'après le résumé de Paul Loye, conclut : « La saccharine en solution très étendue (1 à 2 0/0) ralentit énergiquement l'action de la salive sur l'amidon. Si la salive a été neutralisée par du bicarbonate de soude, le ralentissement n'existe pas d'une façon appréciable. »

Cependant, Salkowski fait observer que si l'on voulait interdire l'usage de la saccharine à cause de sa réaction légèrement acide, il faudrait le faire également pour tous les aliments acides, et spécialement pour le vinaigre et le vin; il conviendrait même de neutraliser l'acidité du suc gastrique, qui empêche bien plus énergiquement la transformation de l'amidon en sucre. Vu les doses auxquelles on prescrit la saccharine, elle ne peut exercer aucune influence nuisible sur l'amidon qu'on ingère dans le tube digestif.

Quant à ce qui concerne les substances albuminoïdes, Salkowski est encore d'accord avec la commission française : la saccharine trouble et empêche la peptonisation des albuminoïdes. Des expériences comparatives faites avec une solution de sucre d'une part, du vin d'autre part, font dire à Salkowski que ces résultats ne signifient pas grand'chose lorsqu'on veut les appliquer à l'organisme vivant; en effet, le sucre et le vin ralentissent et entravent, dans les digestions artificielles, la peptonisation à un degré beaucoup plus prononcé que la saccharine.

Il reste donc bien établi que la saccharine n'a pas de propriétés alimentaires; mais cela ne veut pas dire qu'elle soit bien nuisible à la santé; mais, tandis que la commission française pense que « remplacer le sucre par la saccharine, c'est supprimer un aliment pour y substituer un corps inerte », Salkowski ne voit pas d'inconvénient à s'en servir comme édulcorant. Il est néanmoins d'avis que le commerçant

devrait être tenu d'en faire la déclaration, lorsqu'il vend de la saccharine à la place du sucre. ED. RETTERER.

Ueber die Giftigkeit des Creolins... (Sur la toxicité de la créoline et son influence sur les échanges nutritifs), par O. MUGDAN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXX, Heft* 1).

Mugdan fit ses expériences sur les chiens et les lapins : en donnant aux chiens, par la sonde œsophagienne, 2 à 3 grammes par jour de créoline, il constata que la désassimilation des substances albuminoïdes n'augmente ni ne diminue. L'urine ne renferme que des traces d'acide carbolique. L'indican disparaît presque complètement de l'urine, ce qui montre que les fermentations intestinales ont baissé. L'ingestion de la créoline augmente la proportion des acides sulfo-éthérés de l'urine, tandis que l'ensemble des acides sulfurés diminue.

Quant à la toxicité de la créoline, voici les résultats de Mugdan : 10 grammes de créoline ou bien des doses répétées et espacées de cette substance déterminent la mort du lapin; 5 grammes de créoline provoquent les vomissements du chien, ce qui préserve cet animal de la mort; mais en même temps on constate de la diarrhée et une profonde apathie. La créoline est donc une substance toxique, et cette toxicité est due à l'action combinée des hydrates de carbone qu'elle contient, tels que certains crésoles et l'acide carbolique. ED. RETTERER.

A contribution to the study of sulphonal, par John GORDON (*Brit. med. j., p.* 710, 29 *mars* 1890).

Voici les conclusions de ce travail expérimental : Le sulfonal diminue l'excitabilité réflexe de la moelle ainsi que les sensations périphériques. A haute dose, il ralentit l'acte respiratoire, sans modifier la fréquence du pouls.

Il détruit la conductibilité des nerfs moteurs et diminue légèrement la contractilité musculaire, mais le lavage avec des solutions fortement salées fait reparaître les propriétés de la fibre nerveuse et musculaire.

A petites doses (25 à 50 centigrammes), il augmente l'excrétion de l'urée : à haute dose il la diminue, sans agir sur les autres éléments constituants de l'urine.

Aucune action sur la peau, sur la transpiration, sur la température : par contre, il donne lieu parfois à des vomissements et même à de la diarrhée.

C'est un hypnotique puissant à l'état physiologique et contre l'insomnie morbide. Il procure un sommeil tranquille, mais peut, si son administration est prolongée, déterminer de l'incoordination des membres et un sentiment de dépression qui va jusqu'à la parésie momentanée. H. R.

Les effets physiologiques du ferrocyanure de potassium, par COMBEMALE et DUBIQUET (*Bullet. gén. de thérapeutique*, 15 *mai* 1890).

1° A forte dose (0gr,50 à 2 grammes par kilogramme du poids du corps en solution même étendue, au quatre-vingtième) le ferrocyanure de po-

tassium provoque chez les chiens des vomissements qui déterminent le rejet presque complet du liquide ingéré. Ces vomissements ne s'observent pas chez les cobayes ;

2° Absorbé totalement, même à la dose de 40 centigrammes par kilogramme chez les chiens, et 1gr,50 chez le cobaye, il n'est pas toxique et ne trouble guère l'état de l'animal ;

3° A cette même dose, son usage répété peut produire de la diarrhée et peut-être aussi et assez rapidement des lésions intestinales ;

4° Aux doses de 8 centigrammes à 2 grammes par kilogramme du poids du corps, il n'exerce sur le pouls, la respiration et la température aucun effet constant et notable ;

5° A des doses variant entre 8 centigrammes et 2 grammes chez le chien, son ingestion n'est pas suivie des effets diurétiques qu'on lui attribue, tandis qu'on observe des effets chez le cobaye (pendant trois heures) aux doses variables de 23 centigrammes et de 1gr,50.

Ainsi absence de toxicité chez les animaux (2 grammes par kilogramme du poids du corps).

Dans l'économie, le ferrocyanure de potassium se transforme et s'élimine par les urines à l'état de ferricyanure, lorsque la dose, chez le cobaye, ne dépasse pas 45 centigrammes par kilogramme du poids du corps.

L'action diurétique du ferrocyanure semble devoir être rapportée au potassium mis en liberté par le passage du ferrocyanure à l'état de ferricyanure, et immédiatement transformé en sels de potasse, dont on sait l'action diurétique. P. TISSIER.

Pituri et nicotine, par J. N. LANGLEY (*The Journal of Physiology, vol. XI p.* 265, 1890).

Le pituri, tiré des feuilles du Duboisia Hopwoodii ($C^{12}H^{16}Az^2$) est voisin de la nicotine. Il a été étudié par Bancrot (1879), Ringer et Murrel (1879), Fraser (1879). Langley en reprend l'étude et conclut que ses effets physiologiques sont identiques à ceux de la nicotine.

Chez la grenouille on observe avec la nicotine, au début, des phénomènes d'excitation : mouvements continuels, arrêt des cœurs lymphatiques. Puis vient une phase de contracture, les membres sont dans une rigidité cataleptique, les inférieurs en flexion ; les mouvements respiratoires de l'abdomen rares ; anesthésie commençante. En troisième lieu survient une phase de repos ; tous les mouvements respiratoires cessent graduellement ; diminution des réflexes. La quatrième période est celle de la flaccidité ; réflexes faibles. Dans un cinquième stade il y a paralysie du système nerveux central ; disparition des réflexes. Enfin, dans la sixième phase, paralysie des terminaisons vaso-motrices, les muscles restant irritables et le cœur continuant de battre. Un dixième de goutte cause la mort. Les fortes doses paralysent le vague, et cependant l'excitation directe à la limite des tissus et des oreillettes conserve le pouvoir d'arrêter le cœur. La nicotine paralyse les cellules nerveuses qui sont sur le trajet des fibres inhibitrices du vague : l'excitation directe précédente porte sur les filets qui en sortent. Le nerf sympathique ne serait pas relié dans le cœur à des cellules nerveuses. Il n'y aurait pas de mécanisme excito-moteur des cellules nerveuses dans le cœur. La musca-

rine, administrée après la nicotine, arrête le cœur; l'atropine met fin à l'arrêt muscarique : ces deux agents, à l'inverse de la nicotine, porteraient leur action sur les terminaisons nerveuses.

Chez les mammifères, on connaît bien les effets toniques et cloniques de la nicotine : ils sont précédés d'une augmentation de la pression du sang, d'un ralentissement des battements et de respirations profondes et lentes. Il y a dilatation pupillaire : quelquefois constriction (chez le lapin). La nicotine, à dose suffisante, accroît les réflexes; le réflexe cornéen disparaît ensuite avant celui de la peau, ou réflexe palpébral. La paralysie des cellules vaso-constrictives et vaso-dilatatrices a pour résultat d'abord un accroissement de la pression du sang, suivie, quelques minutes plus tard, d'une chute. La nicotine produit une dilatation vaso-motrice qui peut être précédée d'une constriction. Mais, suivant les régions, l'effet peut être renversé. — Tous ces mêmes effets sont produits par le pituri. A. D.

Mittheilung über eine neue Reaction auf Sulfocyansäure (Sur une nouvelle réaction de l'acide sulfocyanhydrique), par G. COLASANTI (*Untersuchungen zur Naturlehre, v. Moleschott, XIV, p.* 164).

La salive fournit avec le perchlorure de fer la réaction de Treviranus; coloration rouge qui prouve l'existence du sulfocyanure de potassium. Celui-ci a été considéré comme un composant normal de la salive par Ure, van Setten, Wright, Œhl (1864), Sertoli. Il a été recherché dans le sang par Leared (1870), dans l'urine par Gschleiden (1871); dans le lait par Mosso (1877). Colasanti, outre la réaction de Treviranus, en indique une autre. Les solutions étendues de sulfocyanures alcalins ou d'acide sulfocyanhydrique prennent une belle coloration vert-émeraude lorsqu'on y ajoute quelques gouttes de sulfate de cuivre. La réaction peut déceler 1/4000 d'acide. L'urine présente cette réaction d'une manière intense. On peut faire la réaction de Treviranus dans la même liqueur. A. D.

Sur l'action physiologique de l'hydrogène arsénié, par F. JOLY et B. de NABIAS (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *mars* 1890).

L'action très toxique de l'hydrogène arsénié est due à la dissolution de l'hémoglobine, et à sa transformation partielle en méthémoglobine. Sous cette double influence, le sang artériel prend une teinte plus ou moins foncée, suivant le degré de l'intoxication, et ne rougit plus à l'air. Du reste il est facile de montrer, par la méthode de Marsh, la présence de l'arsenic dans le sang, dans le caillot comme dans le sérum, et dans les urines dans le cas d'hémoglobinurie. M. D.

De la toxicité de l'acide borique, par LEMOINE (*Bull. méd. du Nord, p.* 238, *n°* 10, *p.* 255, 1890).

L'acide borique est journellement employé en médecine et en chirurgie à doses élevées sans aucun inconvénient. Lemoine a pu réunir trois observations où il a donné lieu à des empoisonnements assez sérieux; un autre cas avait déjà été rapporté par Johnson (de Stockholm). On peut croire que ces faits sont moins rares qu'ils ne le paraissent; mais l'inno-

cuité de l'acide borique étant universellement admise, ils n'ont peut-être pas été rapportés à leur véritable cause.

Les accidents observés ont été des éruptions cutanées (éruption rubéoliforme, urticaire généralisée), des troubles digestifs (vomissements, état nauséeux permanent), des troubles cérébraux (céphalalgie, insomnie, délire actif ou tranquille, hallucination de la vue). Tous ces accidents ont disparu en quelques jours, après la cessation de l'usage de l'acide borique, pour reparaître avec sa reprise.

Il est probable que l'état des reins, entravant l'élimination de l'acide borique, joue un grand rôle dans l'apparition des symptômes d'intoxication; car de ces trois malades, deux au moins présentaient des reins fonctionnant mal. LEFLAIVE.

I. — **On two cases poisoning by anilides (exalgine and antifebrine), par Jessop BOKENHAM et Lloyd JONES** (*Brit. med. j.*, 8 *février* 1890).

II. — **Poisonous effects of exalgine, par H. SEMPLE** (*Brit. med. j.*, *p.* 85, *juillet* 1890).

I. — 1° Femme de 24 ans, atteinte de myélite très douloureuse. Pour la soulager, on lui donne de l'exalgine (méthylacétanilide) du 8 au 17 juin à la dose de 0,30 trois fois par jour. L'intoxication se manifeste ce jour-là par les symptômes suivants: cyanose, petitesse et faiblesse du pouls, sensation de défaillance, troubles de la vue. Malgré l'administration de l'alcool et des inhalations de nitrite d'amyle, la cyanose s'accroît, des vomissements surviennent, et la mort paraît imminente. Des injections hypodermiques de strychnine et la digitale à l'intérieur firent graduellement disparaître les accidents.

2° Femme de 43 ans, sujette à la migraine, qu'elle combattait heureusement avec 5 grammes d'acétanilide. Un jour, elle prend deux cachets de monobromacétanilide de 0,25 chacun; puis deux heures après, 1 gramme 50 d'acétanilide: immédiatement elle devient bleue, a des défaillances et une sensation d'oppression précordiale: elle perd connaissance. Pouls petit, à 108; cœur faible: souffle à la pointe.

L'administration de 1 centième de grain de nitroglycérine, loin de la soulager, accroît la cyanose; comme précédemment, la strychnine, l'alcool et la digitale se montrent efficaces.

II. — Une dame nerveuse prend pour des névralgies faciales une dose de 25 centigrammes d'exalgine deux fois par jour. Ne se sentant pas mieux, elle double la dose. Un quart d'heure après, sensation de défaillance et de syncope, fourmillements, doigts morts, convulsions des paupières, sensation de gonflement de la tête, oppression diaphragmatique. Des vomissements survinrent qui firent rejeter le médicament; mais les malaises persistèrent pendant plus de 24 heures. H. R.

Beiträge zur Pathologie der Nerven und Muskeln (Contribution à la pathologie des nerfs et des muscles) par H. EICHHORST (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXX*, *Heft* 2).

Il s'agit d'un homme de 34 ans, atteint de coliques saturnines et de paralysies des muscles extenseurs des deux bras. La mort étant survenue trois jours après son entrée à l'hôpital, Eichhorst pratiqua avec soin l'examen microscopique des organes, à l'effet de déterminer les lésions produites par le saturnisme. Les résultats furent les suivants: le système nerveux central et les musles extenseurs communs des doigts furent reconnus normaux, tandis que les nerfs radiaux présentèrent une dégénérescence de leurs éléments

constitutifs. Un grossissement faible montre déjà, sur les coupes, l'extrême abondance des noyaux dans les faisceaux nerveux. Le siège précis de la lésion se trouvait être dans les fibres nerveuses attenant à l'épinèvre (gaine lamelleuse). Cependant, l'endonèvre (tissu conjonctif intra-fasciculaire) n'était pas atteint par la maladie: les nombreux noyaux étaient situés dans l'intérieur même des gaines de Schwann. Celles-ci avaient perdu leur myéline et leur cylindre-axe; la gaine de Schwann dont les contours étaient devenus plus ou moins irréguliers, était occupée et remplie uniquement par les noyaux.

Le saturnisme se localise par suite dans le système nerveux périphérique. ED. RETTERER.

Paralysie spinale spastique par intoxication saturnine, par E. de RENZI (*Rivista clinica e terapeutica, n° 5, p. 225, 1890*).

Le malade observé par de Renzi était un peintre, âgé de 25 ans, présentant les signes de l'intoxication saturnine chronique (liséré gingival, etc.). Les symptômes de son affection nerveuse étaient les suivants: membres inférieurs en varus équin, extension de la jambe sur la cuisse difficile; caractère spasmodique de la marche et rigidité musculaire; rien du côté des membres supérieurs: sensibilité intacte; réflexes très exagérés et trépidation épileptoïde; réactions électriques moins intenses dans les muscles des membres inférieurs; en somme, tous les signes du tabes dorsal spasmodique.

De Renzi rapporte deux cas analogues, observés également par lui, et conclut que le tabes spasmodique peut être dû à l'intoxication saturnine: ce n'est donc pas une entité morbide définie, mais un syndrome qui peut être sous la dépendance de certaines intoxications par le plomb et le lathyrus. G. LYON.

Ueber die Veränderung der Nieren bei Sublimatvergiftung (Sur la lésion du rein dans l'empoisonnement par le sublimé), par F. KLEMPERER (*Archiv f. Anat. u. Physiol. Band CXVIII, Heft 3*).

Klemperer fit des injections de sublimé corrosif en solution aqueuse et sacrifia les animaux aux divers stades de l'empoisonnement, à l'effet d'étudier les lésions rénales. Les résultats furent les suivants : le sublimé introduit dans le courant circulatoire est éliminé par le rein, dont l'épithélium est irrité et présente des troubles inflammatoires.

Lorsque de fortes proportions de mercure amènent une mort rapide (cas aigus), on constate l'hyperémie très prononcée du rein. Si la survie est de 5 à 10 heures, il se produit des hémorragies dans le parenchyme rénal, et les épithéliums des tubes urinifères commencent à se troubler.

Après une durée plus longue de l'empoisonnement, l'inflammation parenchymateuse augmente, elle porte surtout sur les tubes contournés de la substance corticale, dont les cellules épithéliales sont atteintes de nécrose. Dans la moitié des cas d'empoisonnement subaigu, cette dégénération est accompagnée de l'élimination de fortes proportions de chaux, qui se déposent dans les tubes urinifères.

Dans l'empoisonnement chronique, l'inflammation parenchymateuse est très faible; mais, par contre, on observe de l'inflammation interstitielle.

Le chien présente également une néphrite parenchymateuse, qui se finit, non point par la nécrose, mais par la métamorphose graisseuse. Ce

fait se retrouve dans un certain nombre d'observations ayant trait à l'homme. La calcification des tubes urinifères s'étend également chez l'homme aux tubes droits et contournés. Conclusion importante : l'empoisonnement par le mercure n'amène pas dans le rein une lésion *sui generis*; aucun des troubles n'est caractéristique. ED. RETTERER.

THÉRAPEUTIQUE.

Essai d'antisepsie médicale, par GRANCHER (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 *juin* 1890).

Pour réaliser la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants, on a à sa disposition deux moyens : l'isolement, qui n'a encore reçu qu'une application incomplète, et l'antisepsie, qui en est le complément nécessaire. Pour obtenir cette dernière, Grancher a mis en pratique l'usage de paravents en toile métallique et de paniers en fils de laiton. Les paravents, de $1^m,20$ de hauteur, sont composés de feuilles mobiles et ont pour but d'isoler dans la salle commune le lit de l'enfant suspect pendant le temps de son séjour nécessaire au diagnostic; il supprime tout contact de l'enfant avec le personnel hospitalier ou médical. Le panier en fil de laiton a pour objet de faciliter la désinfection de tous les objets qui ont servi aux repas de l'enfant, il est divisé en compartiments *ad hoc* et après chaque repas, il est plongé dans l'eau bouillante. Une infirmière doit s'occuper des enfants mis ainsi en quarantaine et ne doit s'occuper que d'eux.

Les résultats que ce système d'antisepsie a donnés ont été variables pour la rougeole et pour la diphtérie. Relativement à la première, il n'a pas paru bien efficace, mais on peut interpréter cet échec par ce fait presque constant que la contagion de cette maladie a lieu avant qu'elle soit reconnue ou soupçonnée et que, par conséquent, l'isolement dans les boxes et la désinfection arrivent trop tard. Quant à la diphtérie, alors que dans les autres services des faits de contagion ont été notés en assez grand nombre pour l'année 1889, il n'y a eu aucun cas de développement dans les salles de Grancher, bien que deux enfants, reconnus diphtéritiques après leur entrée, y aient séjourné de quatre heures à six jours. OZENNE.

Hautresorption im Bade (Absorption cutanée dans les bains), par KELLER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 6, *p.* 184, 15 *mars* 1890).

La plupart des expérimentateurs de ces dernières années ont résolu par la négative la question de l'absorption par la peau dans les bains; récemment, cependant, Kopff a publié des résultats positifs pour les bains mercuriels et iodurés. (*R. S. M.*, XXXIII, 427.)

Keller a repris ces recherches.

Première expérience. — Bain avec 3 0/0 de sel, d'une durée de 30 minutes, à la température de 35° centigrades. Vie régulière; régime alimentaire surveillé ne comportant que 2 grammes de chlorure de sodium par jour. Résultat : Les jours de bain, la quantité des urines augmente de 21,9 0/0, et leur teneur en chlore de 42,7 0/0.

Deuxième expérience. — Bain d'eau douce, de même température, de même durée, etc., que le précédent. Résultat : La quantité d'urine diminue de 10,7 0/0, et leur teneur en chlore de 33 0/0.

Troisième expérience. — Bain salé à 6 0/0, à 35° centigrades, de même durée et dans les mêmes conditions de vie que les précédents. Résultat : La quantité des urines diminue de 2,7 0/0, tandis que leur teneur en chlore augmente de 6,2 0/0.

Quatrième série d'expériences. — Bains partiels avec 3 0/0 d'iodure de sodium, d'une durée de 60 minutes, à la température de 35° centigrades. Les 5 bains de bras ont donné 4 résultats négatifs, 1 positif; les 2 bains de siège, 1 résultat positif, 1 négatif, et les 3 pédiluves, tous des résultats négatifs.

En face de la prépondérance numérique des résultats négatifs, Keller conclut que la peau humaine saine n'absorbe pas les substances dissoutes dans les bains. J. B.

Aus dem Gebiet der Antipyreselehre (Contribution à l'étude de l'antipyrèse), par L. RIESS (*D. Arch. f. klin. Med., XLVI, p.* 173).

L. Riess, depuis plusieurs années, traite la fièvre typhoïde par les bains tièdes. Sa méthode consiste à donner des bains suffisamment prolongés pour ramener la température à la normale ; un nouveau bain est administré toutes les fois que la température atteint 38°,5. Les bains sont donnés à 31°. Au début, le séjour du malade dans le bain doit être prolongé souvent pendant 10 à 15 heures pour que le résultat désiré soit obtenu. Plus tard, des bains de 3 à 4 heures, et même de deux heures suffisent. Du reste, si l'abaissement de la température est trop difficilement obtenu, l'eau de la baignoire est abaissée au-dessous de 31°, ou bien l'on administre en même temps que le bain quelque substance antipyrétique, en particulier l'antipyrine. Les courbes, ainsi obtenues, sont très curieuses; au début, une chute oblique des environs de 40° aux environs de 37°, chute obtenue en 8 à 15 heures. Plus tard c'est une série d'élévations de 37° à 38°,5 et de descentes de 38°,5 à 37° ; le nombre de ces élévations et de ces abaissements correspond précisément au nombre de bains donnés dans les 24 heures.

809 cas de fièvre typhoïde ont été ainsi traités; ils ont donné une mortalité de 8,5 0/0. C'est là, dit l'auteur, un résultat très favorable, la mortalité dans les divers services hospitaliers de Berlin étant supérieure à 10 0/0. La durée moyenne de la maladie a été de 17, 7 jours. Dans 40,7 0/0 des cas, elle n'a pas dépassé 12 jours. D'une façon générale, du reste, la durée de la maladie a été d'autant moins longue que le malade est entré à l'hôpital d'une façon plus précoce et le traitement plus tôt commencé.

Sur les 69 décès observés, les cas de mort les plus fréquemment signalés sont: pneumonie fibrineuse, 12 cas; angines diverses (diphtérie, croup, gangrène), 12 cas.

Les allures de la maladie sont modifiées d'une façon générale, les phénomènes cérébraux sont très atténués. Les phénomènes de délire disparaissaient au bout de deux à trois jours, quand ils existaient à l'entrée. La bronchite diminuait au lieu d'augmenter; après le premier quart d'heure, l'action du cœur paraisait relevée. La diarrhée était assez modérée pour permettre l'administration de semblables bains. A. MATHIEU.

Treatment of pneumonia by the icebag (Vessie de glace), par LEES (*Harveian Soc. of London, Brit. med. j., p.* 925, 26 *octobre* 1889).

Important mémoire concernant 18 cas de pneumonie traités par les applications locales de glace. Ils se décomposent ainsi :

a) Cas dans lesquels l'arrêt définitif du processus inflammatoire a suivi rapidement l'emploi de la glace, 2 observations.

b) Cas dans lesquels l'inflammation a été arrêtée spontanément, avec rechute quand la glace a été enlevée, 2 observations.

c) Cas accompagnés d'arrêt de l'inflammation, suivis de rechutes après l'ablation de la glace; nouvelle défervescence après la réapplication de la glace, 3 cas.

d) Cas de rapide abaissement de température, mais retour de la fièvre malgré la permanence de l'emploi de la glace, 2 cas.

e) Cas de soulagement, mais non d'arrêt de symptômes fébriles, 4 cas.

f) Cas dans lesquels l'application de la glace n'a donné aucun bénéfice, 2 cas.

En résumé, sur ces 18 cas, pas de mort, bien que plusieurs fussent très graves : soulagement constant des symptômes chez tous les malades; chez plusieurs d'entre eux, précocité de la défervescence finale.

Lees regarde ce traitement comme applicable à presque tous les cas de pneumonie : il excepte cependant les jeunes enfants, les vieillards, seuls cas dans lesquels l'adynamie est extrême.

Goodhart a vérifié les bons effets du traitement, il donne une statistique de 18 cas également; 8 succès rapides; 7 douteux; 3 dans lesquels l'application de la glace parut amener une sorte de collapsus temporaire, facilement curable par l'alcool.

Sturges objecte à Lees que ces malades étaient tous des enfants, et qu'à cet âge la pneumonie guérit nécessairement. Il regarde les applications glacées comme utiles surtout dans la bronchopneumonie.

La conclusion générale de cette discussion est que la glace agit très certainement en abaissant l'hyperthermie au moins passagèrement, qu'elle soulage les malades, mais ne raccourcit guère la durée de la pneumonie.

H. R.

Ueber Diphtherie, par KOHL (*Zeitschrift für klinische Medicin, vol. XVII, p.* 101).

Kohl expose la pratique qu'il suit d'ordinaire dans le traitement de la diphtérie. Dans l'angine, il emploie la cravate de glace, les inhalations de glycérine ou de chlorure de sodium à 1 0/00, les badigeonnages avec une solution de chinoline à 5 0/00 et, dans le cas de fausses membranes épaisses, avec une solution de papaïne à la même dose. Au point de vue de l'état général, on doit particulièrement noter l'emploi des bains tièdes et de la couverture mouillée dans le cas de fièvre intense. Au sujet de

la néphrite il insiste sur l'oblitération des canalicules du rein qui se produit souvent par la destruction des globules rouges qu'amènent des doses même faibles de chlorate de potasse, et sur les accidents toxiques qui en sont la conséquence. Dans les paralysies diphtéritiques, l'emploi des injections sous-cutanées de strychnine lui a donné de bons résultats.

A.-F. PLICQUE.

The influence of opium and morphine on uric acid..., par A. HAIG (*Brit. med. journ., p.* 1209, 30 *novembre* 1889).

L'auteur a cherché pourquoi l'opium est souvent utile dans l'anémie, et surtout contre la céphalée urémique, contrairement à la théorie auparavant admise. Ses expériences le conduisent aux conclusions suivantes :

La plupart des substances qui favorisent l'excrétion de l'acide urique (fer, plomb, acides et sels minéraux, antipyrine, etc.) amènent simultanément une détente de la pression artérielle et un sentiment de bien-être cérébral, mais la céphalée est alors souvent remplacée par des douleurs articulaires. D'autre part, les alcalins comme la soude et la potasse, tout en accroissant l'excrétion de l'acide urique, élèvent la tension artérielle: c'est donc une action inverse de la précédente.

L'opium et la morphine se comportent différemment. Ils diminuent l'excrétion de l'acide urique, mais détendent la pression artérielle et amènent un sentiment de bien-être cérébral ; ils font disparaître, par suite de cette action, le mal de tête d'origine urique en même temps qu'ils accroissent l'acidité de l'urine.

Leur efficacité dans l'anémie et les convulsions puerpérales tient à l'abaissement de la tension sanguine. H. R.

The use of salicylate of soda in diabetes mellitus, par A. HAIG (*St Barth. hosp. Rep. XXV, p.* 7).

Haig donne au salicylate de soude la priorité dans le traitement du diabète, surtout quand il est de nature goutteuse : ce médicament a une puissante influence sur l'excrétion de l'acide urique; l'opium et l'antipyrine viennent immédiatement après. A l'appui de cette thèse, il publie quatre observations démonstratives, où la glycosurie a été notablement réduite par le médicament. Les trois premiers malades avaient un diabète bénin, mais le dernier était sévèrement atteint. Dans les deux premiers cas, la proportion du sucre, qui était de 3 à 5 0/0, tomba à zéro, en même temps que la quantité d'urine revenait à la normale; dans le troisième, elle descendit au quart de sa quantité primitive, pour revenir à son taux originel après la suppression du salicylate.

L'auteur tire de cette action du salicylate un argument pour la démonstration de l'affinité de nature qui rattache le diabète et la goutte.

H. R.

De la chorée et de son traitement par le salicylate de soude, par DRESCH (*Bull. gén. de thérap.*, 30 *avril* 1890).

Pour l'auteur, la chorée est une maladie microbienne, et les mouvements choréiques sont des réflexes provoqués par l'infection micro-

bienne, et la réaction du tissu musculaire contribuerait à la destruction du micro-organisme et de ses produits de sécrétion.

De sorte qu'il y aurait là une action providentielle des mouvements choréiques.

Depuis dix ans, Dresch emploie le salicylate comme microbicide, comme médicament à action sur la substance grise bulbo-médullaire et aussi comme favorisant l'élimination des déchets organiques par l'urine.

P. TISSIER.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu et blennorragique, par RIFAT (*Bull. gén. de thérap.*, 15 *mai* 1890).

L'auteur a traité 16 cas de rhumatisme articulaire aigu, généralisé dans trois cas, et trois cas de rhumatisme blennorragique.

La dose de phénacétine fut de 6 grammes au maximum dans les cas légers, de 8 grammes par 24 heures, par période de 1 gramme toutes les trois heures, dans les cas graves.

Comme phénomène secondaire, les sueurs furent notées assez souvent, pas de cyanose, pas d'accidents urémiques.

Résultats. — Soulagement prompt des douleurs ; durée de la maladie abrégée; absence de complications viscérales. P. TISSIER.

Anévrisme sacciforme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Traitement par l'électropuncture. Mort par rupture de la poche dans la plèvre, par SPILLMANN et HAUSHALTER (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 29 *novembre* 1889).

Il s'agit d'un homme de 65 ans, alcoolique et rhumatisant, atteint d'un anévrisme sacciforme de la portion ascendante de l'aorte. Le 16 avril, on fait une séance d'électropuncture d'une durée d'une heure, avec une force de 25 à 50 milliampères. Puis, à deux jours d'intervalle, deux autres séances, de telle façon que les neuf piqures, faites dans les trois séances, sont réparties d'une façon à peu près régulière sur toute la surface de la tumeur. Après une diminution des douleurs et de la tumeur, constatée pendant quelques jours, il se produit une recrudescence d'accidents, et un jour le malade meurt subitement.

Parmi les lésions notées à l'autopsie, on constate que cet anévrisme, en se développant, s'était constitué des parois aux dépens des tissus voisins, plèvres et parois thoraciques, et que, les caillots s'étant décollés, il s'était formé un orifice de communication entre l'anévrisme et la cavité pleurale droite. OZENNE.

Die diætetische Behandlung des Diabetes mellitus (Traitement hygiénique du diabète), par B. NAUNYN (*Samml. klin. Vorträge*, *n*os 349-350).

Pour Naunyn, quelle que soit la forme du diabète, qu'il soit grave ou non d'emblée, le phénomène, l'élément principal, c'est le vice de la fonction assimilatrice du sucre. Cette fonction devient de plus en plus insuffisante; il faut donc diminuer dans la mesure voulue l'introduction dans l'organisme des substances sucrées ou glycogéniques. S'il n'est pas certain que par le traitement hygiénique on guérisse le diabète et qu'on prolonge notablement l'existence du diabétique, il est certain qu'on lui rend la vie beaucoup plus supportable, et qu'on diminue beaucoup ses misères.

Naunyn distingue trois ordres de cas : cas graves, moyens et légers. Les cas graves sont ceux dans lesquels l'inanition ou le régime carné absolu ne peuvent amener la disparition de la glycosurie. Les cas de gravité moyenne sont ceux dans lesquels la disparition du sucre n'est que passagère; dans les cas légers, cette disparition est facilement et définitivement amenée par le régime.

D'une façon générale, il faut chercher à déterminer quelle est la sévérité du régime nécessaire dans un cas donné de diabète. Il faut donc tâter son malade par un régime très sévère et même par la diète carnée absolue prolongée (500 à 600 grammes de viande par jour). Le danger du régime carné absolu, ce sont les accidents toxiques réunis sous la dénomination de coma diabétique. S'ils paraissent menacer, si les urines donnent la réaction comme en présence du perchlorure de fer, il faut suspendre ou atténuer le régime exclusif.

Dans les cas moyens, on poursuit le régime carné sévère pendant plusieurs semaines, après que le sucre a disparu, à moins qu'il n'y ait contre-indication ; on permet alors des œufs, du lait, un peu de pain, et il est possible que la glycosurie ne réapparaisse pas même après adjonction progressive d'aliments féculents. C'est la circonstance la plus favorable. Dans les cas légers, dans lesquels la glycosurie est rapidement supprimée par le régime sévère, on procède de la même façon, mais on permet plus rapidement l'usage des œufs, du lait, du pain et d'autres aliments.

Il importe en tout cas de ne permettre des aliments nouveaux qu'en surveillant les urines. Pour ce qui est des hydrocarbures d'une façon générale, on peut dire que les dextrogyres sont plus nuisibles que les lévogyres. C'est pour cette raison que l'on peut conseiller l'usage des topinambours, de la chicorée, des pissenlits, des scorsonères, des haricots verts, des champignons. Les poires et les pommes renferment de la lévulose.

Pour le lait, il faut s'assurer de son effet et rechercher s'il augmente la glycosurie; la bière doit être interdite.

Dans les cas légers, on peut donner 5 à 600 grammes de viande, 40 à 100 grammes de pain, 100 à 120 grammes de légumes deux fois par jour, ou bien de la salade ou une pomme crue (100 grammes), et comme boisson, un tiers à un demi-litre de lait, une demi-bouteille de vin et un verre de bière, ou une autre demi-bouteille de vin. Les forces peuvent être ainsi parfaitement conservées. La disparition du sucre, le maintien des forces : ce sont là les deux buts que l'on doit simultanément viser. A. MATHIEU.

The antiseptic treatement of phthisis, par Vincent HARRIS (*St Barth. Hosp. Reports, XXV, p.* 49).

Après avoir fait l'historique des diverses tentatives de traitement antiseptique de la phtisie, Harris expose le résultat de ses recherches personnelles sur 100 tuberculeux, auxquels il faisait inhaler des substances volatiles antiseptiques. Celles-ci se divisent en plusieurs catégories :

a) Les moins irritantes sont les vapeurs d'essence d'eucalyptus, de créosote, de pin sylvestre et de pin pumilio.

b) Celles qui produisent une irritation de moyenne intensité (iodoforme associé au chloroforme et à l'eucalyptus).

c) Les plus irritantes (thymol, iode, acide phénique, acide sulfureux).

Ce sont les inhalations d'iodoforme qui d'une façon générale se sont montrées les plus favorables. Les résultats se répartissent ainsi :

60 cas décidément améliorés. 19 douteux — 6 peu aggravés — 15 aggravés et en proie à l'hecticité. Soit une proportion de 75 0/0 de bénéfices pour les malades. H. R.

Ueber die cholagoge Wirkung des Olivenöls im Vergleich zu der Wirkung einiger anderen cholagogen Mittel (Effets cholalogues de l'huile d'olives comparés à l'effet des autres cholagogues), par S. ROSENBERG (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVI*, *p.* 334).

Les praticiens connaissent les bons effets de l'huile d'olive dans le cas de calculs biliaires. L'auteur a pensé qu'ils s'expliquaient par un effet cholagogue et pour vérifier cette vue il a pratiqué sur deux chiens la fistule biliaire complète et recueilli la bile pendant quatre heures environ après avoir administré diverses substances : huile, acide salicylique, sel de Carlsbad, térébenthine, etc.

L'huile d'olive a produit un accroissement notable de la sécrétion qui commence 30 à 45 minutes après l'ingestion. Les matières grasses seraient un excitant de la sécrétion biliaire bien plus que les albuminoïdes et les hydrates de carbone. Le salicylate de soude est aussi un cholagogue énergique. Le sel de Carlsbad exerce une action très médiocre. L'effet maximum appartiendrait à la bile elle-même. A. D.

I. — Treatment by suspension, par J. RUSSELL et James TAYLOR (*Brain*, *p.* 206, *juillet* 1890).

II. — The mechanism of suspension in locomotor ataxy, par James CAGNEY (*Brit. med. j.*, *p.* 131, 18 *janvier* 1890).

I. — Russell et Taylor résument toute la littérature médicale, relative au traitement par la suspension, depuis les mémoires de Motschowkowsky et de Charcot. Leur statistique personnelle est de 45 cas : en moyenne, les malades subirent de 20 à 40 suspensions. Sur ces 45 cas, 9 éprouvèrent de l'amélioration, 5 de l'aggravation, le reste se maintint dans le *statu quo*.

Les résultats ne sont pas toujours aussi décourageants, car, en additionnant la statistique générale des cas publiés, on trouve 255 cas, ainsi répartis :

171 améliorations, 77 état stationnaire, 7 aggravations. C'est surtout dans le tabes et la paralysie agitante qu'on a obtenu de bons résultats ; dans la paralysie spastique, et surtout dans la névrose en plaques, ils ont été mauvais.

Les douleurs fulgurantes, et surtout les crises gastriques, ne sont pas aussi sûrement modifiées qu'on l'a dit : ce sont des symptômes capricieux et fugaces. Il en est de même des troubles vésicaux, qui ne semblent nullement modifiés par la suspension. L'appétit sexuel et la puissance virile ne paraissent pas être restaurés par ce moyen.

Les troubles oculaires et les paralysies simples de l'œil ne subissent

aucune modification, non plus que les réflexes rotuliens : cependant, on cite des cas où ceux-ci ont réapparu. A. R.

II. — Cagney a fait de nombreuses expériences de suspension sur le vivant et sur le cadavre pour se rendre compte du mécanisme du traitement dans l'ataxie. Il est arrivé à ce résultat imprévu que, dans tous les cas, la suspension détermine un raccourcissement de la distance qui sépare la première vertèbre dorsale de la dernière lombaire. Au contraire, la région cervicale est allongée. Elle redresse en un mot les courbures spinales d'une façon différente, suivant les régions; le redressement est à son maximum à la région dorsale. Quant à la moelle proprement dite, elle est peu relâchée et garde ses dimensions, sauf à la région cervicale, où elle est étirée; dans la région dorsale, au contraire elle subit un raccourcissement et n'est pas tendue comme à l'état normal.

En résumé, la suspension ne tend pas la moelle, comme on pourrait le croire; elle la relâche, au contraire, et peut agir sur la sclérose en modifiant mécaniquement les adhérences spinales et en facilitant la circulation intra et extra-médullaire. H. R.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — On cerebral embolism and aneurysm, par Newton PITT (*Brit. med. j.*, *p.* 827, 12 *avril* 1890).

II. — Thrombosis of the vertebral artery... (Thrombose de l'artère vertébrale comprimant le nerf glossopharyngien, etc.), par Frank POPE (*Ibidem*, *p.* 1148, 23 *novembre* 1889).

III. — Symmetrical intracranial aneurysms of the vertebral arteries..., par Hale WHITE (*Ibidem*, *p.* 1152, *novembre* 1889).

I. — Travail basé sur l'analyse de 79 cas d'embolies et d'anévrismes des artères cérébrales, observés à l'hôpital de Guy entre les années 1869 et 1888. Voici les conclusions :

1° Il est exceptionnel de rencontrer un anévrisme cérébral qui ne soit pas associé à une endocardite végétante.

2° La présence d'un embolie septique est la cause déterminante des altérations de structure de l'artère. Le caillot se résorbe, mais la paroi artérielle reste enflammée et se laisse distendre par le sang : d'où un anévrisme consécutif.

3° Trois semaines peuvent suffire pour la formation et la rupture d'un anévrisme.

4° La présence d'une embolie peut ne s'accompagner d'aucun symptôme, de même qu'avant sa rupture un anévrisme cérébral peut passer absolument inaperçu. H. R.

II. — Cas intéressant en ce qu'il fixe le rôle du nerf glossopharyngien sur la localisation du sens du goût.

Un homme, âgé de 76 ans, tombe en se levant de son lit, le 18 mai, sans perdre connaissance, mais il ne peut plus avaler ni se tenir debout. La parole est intacte et la gorge non douloureuse. On constate un affaiblissement paralytique des membres, plus marqué à gauche qu'à droite, pas de paralysie faciale, de la contraction de la pupille gauche. Le signe caractéristique est la dysphagie qui est absolue, et nécessite l'alimentation par la sonde œsophagienne.

L'état du goût, exploré attentivement au moyen d'une solution faible d'acide acétique et d'un sirop, est le suivant : du côté droit, intégrité des aptitudes gustatives; à gauche, au contraire, vers la base de la langue, la saveur acide n'était pas mieux perçue que la sucrée.

On diagnostiqua une hémorragie de la protubérance à laquelle il succomba au bout de 10 jours.

A l'autopsie, on trouva l'artère vertébrale gauche oblitérée par un thrombus sur une longueur de plusieurs centimètres. Le cerveau était sain, ainsi que le cœur. L'artère thrombosée comprimait directement les racines du nerf glossopharyngien, ainsi que du pneumogastrique ; celles du trijumeau et du facial étaient en dehors de la zone comprimée; ainsi que celles de l'hypoglosse (le malade parlait et pouvait tirer la langue.)

L'auteur en conclut que le glossopharyngien donne le goût à la partie postérieure de la langue, et qu'il est en même temps le nerf moteur du palatoglosse et du constricteur supérieur du pharynx, qui chez le malade étaient paralysés. H. R.

III. — Les symptômes observés chez le malade de Hale White avaient été ceux d'une méningite cérébrospinale: céphalée, rachialgie cervicale, rétraction de la tête, paralysie des deux hypoglosses et du facial gauche, névrite optique. Il s'y était joint des hématuries et l'on entendait un bruit de souffle mitral. On avait diagnostiqué une méningite cérébrospinale en rapport possible avec une endocardite ulcéreuse.

L'autopsie fit voir en effet cette dernière lésion et, de plus, la présence d'un double anévrisme de l'artère vertébrale qui comprimait les racines de l'hypoglosse et du facial. La mort était survenue par la rupture de l'anévrisme. Le sang renfermait des streptocoques. H. R.

I. — **Beitrag zur Lehre der Aphasia, par EISENLOHR** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 36, *p.* 738, 1889).

II. — **Tumour of the corpus callosum, par Henry BERKLEY** (*The Amer. journ. of med. sc.*, *p.* 578, *juin* 1890).

III. — **Hémiplégie sans lésion en foyer, par PILLIET** (*Progrès médic.*, 15 *février* 1890).

IV. — **Hemianopsia with softening of the left cuneus (Hémianopsie liée au ramollissement du coin), par DELÉPINE** (*Brit. med. j.*, *p.* 1191, 24 *mai* 1890).

V. — **Zur Physiologie der Schleife (Physiologie du ruban de Reil), par G. ROSSOLIMO** (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, *XXI*, *Heft* 3, *p.* 897, 1890).

VI. — **Case of tumour of the right temporosphenoïdal lobe..., par Hughlings JACKSON et Ch. BEEVOR** (*Brain*, *p.* 346, *octobre* 1889).

I. — Il s'agit, dans le premier cas, d'Eisenlohr, d'une aphasie sensitive chez un homme de 43 ans : surdité verbale, cécité verbale; perte de la faculté de lire, d'écrire spontanément ou sous la dictée; perte incomplète de la faculté de copier; conservation d'un riche vocabulaire, mais avec paraphasie; intégrité de l'intelligence; absence de troubles de la vue, absence

d'hémiopie. Lésion du segment postérieur de la première circonvolution temporale, lésion partielle du pli courbe.

D'autre part, un homme de 60 ans, atteint d'aphasie motrice, présentait une lésion très restreinte de la troisième frontale et un foyer de ramollissement au-dessous de la frontale ascendante (lésions corticale et sous-corticale).

Dans le dernier cas, il n'y a pas d'altération de l'écorce; on trouve des abcès sous-corticaux. L. GALLIARD.

II. — John E..., 45 ans, est admis en 1882 à Bay Viest Asylum (Baltimore) avec de l'anasarque et de l'ascite de cause hépatique. Ses antécédents héréditaires sont difficilement éclaircis. Monomaniaque il est un grand inventeur, il a découvert le mouvement perpétuel, se regarde comme un profond chimiste. La figure paraît intelligente, il parle clairement, en termes choisis qui révèlent une certaine éducation. Il est très loquace. La mémoire est bonne. Jamais d'hallucinations.

Pas de maux de tête ni de vomissements, la vue est bonne, pas d'incoordination : les mouvements de la face, de la langue, des muscles et du tronc sont normaux. Rien du côté des sphincters, réflexes rotuliens normaux. Rien n'indique une lésion cérébrale autre que le trouble intellectuel. Ni alcoolisme ni syphilis. Il meurt le 29 novembre d'œdème pulmonaire. A l'autopsie, vingt-deux heures après la mort, les deux hémisphères paraissent d'égal volume. Les lobes frontaux semblent très petits relativement aux régions postérieures. En faisant une coupe verticale antéro-postérieure par le milieu du corps calleux, on trouve au niveau du genou du corps calleux, à 2 centimètres à peu près du bord antérieur du corps calleux, une tumeur du volume d'une noisette, de couleur grisâtre, sans ligne de démarcation nette, au milieu de la substance blanche réduite à une mince couche au-dessus et au-dessous, mais abondante en avant. Des sections faites de chaque côté de la tumeur montrent des faisceaux gris pénétrant dans le centre ovale et se dirigeant vers l'extrémité des lobes.

Après durcissement dans le liquide de Muller le cerveau examiné présente des modifications dans la disposition normale des circonvolutions frontales. F. VERCHÈRE.

III. — Il s'agit, dans le cas de Pilliet, d'un homme de 67 ans qui atteint au commencement de 1887 d'une hémiplégie droite avec aphasie, durant deux mois, fut repris en janvier 1888 d'une nouvelle hémiplégie droite, sans aphasie; peu après le bras droit devient contracturé, à demi fléchi, immobile et douloureux. Au 1er mars on note l'existence d'une escharе au coude, eschare qui grandit et se creuse; le 7 avril le malade est pris de fièvre avec contracture de la face et du cou, puis tombe dans le coma et meurt. Pas d'albuminurie.

L'examen du cerveau et de la moelle fut absolument négatif. On ne trouva qu'un peu d'athérome de l'aorte et du tronc basilaire. L'examen microscopique du lobule paracentral fut également négatif. H. L.

IV. — Homme de 56 ans, atteint d'artériosclérose. Le 26 mai 1889, il est brusquement frappé d'une attaque pendant laquelle il chancelle et a la vue trouble : nouvel accès en octobre. Outre les symptômes d'une néphrite avec hypertrophie cardiaque, on constate une céphalée occipitale permanente et de l'hémianopsie homonyme. Bientôt survient du délire, de l'incohérence et un état comateux avec respiration de Cheyne Stokes. A l'autopsie, outre des lésions pulmonaires, cardiaques et rénales, on trouve plusieurs foyers de ramollissement cérébral. Les deux plus importants siègent à la région frontale et à la région du coin. Cette dernière lésion explique les troubles visuels : le coin gauche était détruit, ce qui correspondait à une hémianopsie homonyme droite. H. R.

V. — Rossolimo relate l'observation d'une jeune fille de 18 ans qui, lors e son entrée à l'hôpital, présentait les symptômes suivants :

Légère exagération des réflexes tendineux à gauche, avec diminution du éflexe plantaire de ce même côté; abolition complète de la sensibilité à la ouleur sur tout le membre supérieur gauche; abolition presque complète e cette même sensibilité au cou, au thorax, à l'abdomen et à la cuisse du ième côté; diminution de la sensibilité à la température, dans les mêmes égions et avec la même intensité. La sensibilité tactile était intacte. Le sens nusculaire était diminué de moitié dans le côté gauche, sauf à la tête et à la ambe. Sur l'avant-bras gauche, un ulcère atonique d'environ un demi-centimètre de diamètre; sur le bord interne de l'avant-bras, un foyer de tuméaction érythémateux, qui plus tard s'est transformé en abcès.

Sept jours après son entrée à l'hôpital, la malade a succombé à des accilents de nature septique.

Traces d'endocardite aiguë dans l'oreillette gauche, endocardite chronique les valvules mitrale et aortique. Infarctus hémorragiques dans les deux oumons. Abcès dans le foie et dans les reins. Le lobe temporal droit était ccupé, dans sa partie antérieure, par un foyer hémorragique de fraîche late, du volume d'une noix; un foyer semblable, du volume d'un œuf de oule, occupait la partie la plus antérieure du lobe frontal gauche. La pienère était parsemée de petits abcès. Dans les segments cervical et dorsal le la moelle, la corne postérieure gauche était infiltrée par une substance ransparente, d'un rouge grisâtre. Sous l'influence du durcissement dans le iquide de Muller, une excavation s'est formée dans cette corne postérieure auche, qui est allée en augmentant d'étendue avec les progrès du durcissenent. L'examen histologique a démontré qu'on avait affaire à un gliome de a substance grise de la colonne postérieure. Sur toute la hauteur occupée ar la masse gliomateuse, les racines postérieures gauches étaient atrohiées ; le nombre des fibres nerveuses avait diminué dans les cordons latéaux et surtout dans les parties avoisinant les bords externe et interne de la orne postérieure gauche; de plus, à la hauteur des deuxième et troisième aires cervicales, les cordons postérieurs étaient occupés par une zone de égénérescence à limites très nettes, de l'extrémité supérieure de laquelle ayonnaient quatre stries partant de l'extrémité antérieure de la scissure édiane postérieure. Le nombre des fibres nerveuses avait diminué dans la oitié droite de la couche intermédiaire aux deux olives, et dans la pyraide correspondante. De ce même côté, c'est-à-dire à droite, le nombre des bres avait diminué dans le ruban de Reil, dans le pont de Varole et dans pédoncule cérébral.

Étant données l'existence de troubles intenses de la sensibilité, la dégénérescence des racines postérieures et l'intégrité des cordons de Goll, l'auteur conclut que ces cordons ne sont pas en continuité avec les racines postérieures. Selon lui, la dégénérescence du ruban de Reil était econdaire, due à l'extension du processus gliomateux aux noyaux gris les cornes postérieures. Enfin l'auteur prétend que la partie médiane u ruban de Reil renferme surtout, sinon exclusivement, des fibres centripètes chargées de la transmission des impressions sensitives venant e la moitié opposée du corps. E. RICKLIN.

VI. — Femme âgée de 53 ans. Début, treize mois auparavant, par des ttaques d'épilepsie très spéciales. La malade percevait invariablement, au ommencement de chaque accès, une odeur horrible, puis survenait une ensation de strangulation, et finalement les convulsions des membres; elle vait également quelquefois, mais pas constamment, l'hallucination d'un pectre noir, muet, qui venait au-devant d'elle.

En dehors des attaques, peu de troubles fonctionnels, sauf de l'affaiblissement et de la perte de mémoire : pas de troubles visuels ni de paralysie. Dans les derniers jours de la vie, la malade devint somnolente, comateuse et se paralyse du côté gauche : on constate de la névrite optique.

Autopsie. — Il existe sur le lobe temporo-sphénoïdal droit une tumeur sarcomateuse du volume d'une petite mandarine intéressant surtout la circonvolution de l'hippocampe : or cette région, comme on le sait, est surtout développée chez les animaux dont l'odorat est subtil (Broca). La tumeur avait fini par comprimer le noyau lenticulaire et la capsule interne correspondante.

L'auteur rappelle des faits analogues publiés par Sander (*Arch. f. Psych.* 1874), Lockemann, Westphal, Schlager et Mac Lane Hamilton (*New York med.j.* 1882). H. R.

I. — Tubercular tumour of the pons, par Magee FINNY (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 380, *mai* 1889).

II. — Cases of hœmorrhages in and about the pons, par Risien RUSSELL et James TAYLOR (*Brain, p.* 89, *avril* 1890).

III. — Tumor cerebelli, par EISENLOHR (*Deutsche med. Woch., n°* 51, *p.* 1051, 1889).

IV. — A case of tumour of the cerebellum..., par W. MACDONALD (*Brain, p.* 83, *avril* 1890).

V. — Zwei Fälle von Tumor der hinteren Schädelgrube (Deux cas de tumeur de la fossette cérébrale postérieure), par R. WOLLENBERG (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr., XXI, Heft* 3, *p.* 778, 1890).

I. — Observation de tubercule de la protubérance chez un homme de 35 ans. Les symptômes constatés ont été les suivants :

Paralysie incomplète motrice et sensitive du bras et de la jambe droits, avec perte du sens musculaire; hémiplégie faciale gauche (croisée). Déviation conjuguée latérale des yeux du côté droit, avec paralysie du nerf abducteur gauche, et paralysie associée de la 3e paire à droite, dans sa branche destinée au droit interne. Névrite optique du côté droit.

Plus tard, à l'incertitude de la marche s'ajouta une tendance au recul et une paralysie vésico-rectale : finalement les signes d'une paralysie bulbaire labio-glosso-pharyngée, une anesthésie du côté droit de la face. Mort par paralysie du pneumogastrique.

L'auteur insiste sur la déviation conjuguée des yeux qui existait du côté de l'hémiplégie, à l'inverse de ce qui se produit par les lésions cérébrales. H. R.

II. — Homme de 53 ans, atteint de néphrite interstitielle. Début de l'affection en janvier 1887 par des crises de céphalée, alternant avec une sensation de défaillance. Cet état de choses persiste toute une année ; puis, brusquement, le malade est frappé d'une hémiplégie droite avec vomissements, mais sans perte de connaissance : la paralysie ne dure que trois jours, mais la faiblesse persiste. Deux autres accès apoplectiformes avec un peu de logoplégie passagère et paresse intellectuelle.

Situation en avril 1889. Faiblesse générale, impotence plus marquée dans le bras et la jambe droite. Intelligence engourdie, sans troubles de la parole. — Quinze jours après, paralysie subite des membres du côté gauche, dysphagie, somnolence, coma progressif et mort.

Le diagnostic était hésitant entre une série d'hémorragies cérébrales et une tumeur de la protubérance ou des pédoncules.

L'autopsie fit voir qu'il s'agissait de petits foyers hémorragiques localisés ans la protubérance de telle façon qu'ils affectaient le tractus moteur des eux côtés. Les corps opto-striés étaient sains, ainsi que le corps calleux.— Une figure annexée à l'observation précise la situation des foyers. H. R.

III. — Sarcome mou, hémorragique, gros comme une pomme, développé ans le cervelet d'un enfant de trois ans. Comprimant la protubérance et le ulbe, atteignant en avant les corps géniculés et les tubercules quadrijuneaux. On constate de plus de l'hydrocéphalie.

L'enfant a eu des accès de vomissements, puis de la paraplégie, du strabisme; enfin il est devenu rapidement aveugle; la papille droite était œdémaiée, avec des veines épaissies; à gauche on ne constatait rien de spécial; les eux yeux étaient immobiles.

Rien aux membres supérieurs. Pas d'anesthésie. L'enfant est peu intellient, parle peu. Pas de modification du pouls.

Le sujet est mort de scarlatine.

On avait diagnostiqué, dans ce cas, une lésion des centres optiques à ause de la cécité complète coïncidant avec la *stauungs papille* d'un seul ôté : le strabisme avait été attribué à une compression des tubercules uadrijumeaux ou des troncs nerveux eux-mêmes. L. GALLIARD.

IV. — Aliénée, pensionnaire de l'asile de Dorsel depuis 24 ans, répondant ncore aux questions, mais incapable de suivre un raisonnement : morte de ronchite à 89 ans. Jamais de céphalée, ni de paralysie, ni de troubles isuels.

A l'autopsie, outre une dilatation aortique, on trouve une tumeur arrondie, nkystée, comprimant le lobe gauche du cervelet qu'elle avait atrophié. Cette ameur semble provenir de la dure-mère : elle a la structure d'un sarcome cellules fusiformes. Le lobe cérébelleux moyen était respecté.

L'auteur ne croit pas que les phénomènes d'aliénation mentale présentés ar le malade dépendissent de la tumeur. H. R.

V. — 1° Femme de 61 ans, qui fut prise subitement de vertige, d'accidents pileptiformes, d'excitation hallucinatoire, et qui était en état de délire furieux orsqu'on la transporta à l'hôpital de la Charité, de Berlin. Son état s'améora rapidement au point qu'elle put rentrer chez elle; mais, peu de temps près, elle fut reprise de vertige, de vomissements, avec tendance de tomber ur le côté gauche. On la ramena à l'hôpital. Elle présentait de l'hémianopsie omonyme gauche; la percussion du crâne était douloureuse, surtout en rrière, à droite; hyperesthésie de toute la moitié droite du corps; parésie moice de ce même côté, qui dégénera peu à peu en hémiplégie. Par moments allucinations de la vue à gauche, œdème de la papille, à droite d'abord, puis gauche. Mort quatre mois après la première entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva un glio-sarcome du volume d'un œuf de poule dans lobe occipital gauche.

2° Fille de 39 ans, sujette depuis un an à la céphalalgie et au vertige. Elle vait été frappée d'une amblyopie croissante, qui était allée jusqu'à la cécité omplète. Elle avait des nausées, des vomissements. Par moments son intelgence était troublée; par moments aussi elle tombait en syncope. Une failesse progressivement croissante avait envahi les membres inférieurs 'abord, puis les membres supérieurs.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade ne pouvait plus se tenir i marcher d'aplomb; elle avait une tendance à tomber en arrière, de la aideur de la nuque. Les mouvements des membres supérieurs étaient emreints d'une certaine incoordination. La paupière supérieure gauche était n peu pendante, les mouvements réflexes de la pupille abolis. Les mouvements de l'œil, en haut, en dehors et en dedans, n'atteignaient pas leur amleur normale; nystagmus dans les positions extrêmes du globe de l'œil.

Œdème de la papille des deux côtés, avec atrophie commençante. Parole nasillarde. Parésie des muscles innervés par le facial, à gauche ; excitation motrice à droite. Déviation de la langue à gauche; la moitié gauche de l'organe était atrophiée. Troubles de la déglutition. Surdité presque complète à gauche. Paralysie de l'odorat des deux côtés. Anesthésie de la conjonctive et de la cornée, plus marquée à gauche qu'à droite. Abolition des réflexes patellaires des deux côtés.

La malade a succombé dans le coma deux mois après son entrée à l'hôpital. A son autopsie on trouva une tumeur de l'hémisphère gauche du cervelet qui avait entraîné la dégénerescence secondaire classique des cordons postérieurs. En outre, la racine ascendante du trijumeau était atrophiée des deux côtés.

Du vivant de la malade on avait porté le diagnostic de tumeur du cervelet, en se fondant sur les symptômes suivants : trouble de l'équilibre, vertige, céphalalgie occipitale, raideur de la nuque, œdème de la papille, amblyopie allant jusqu'à la cécité complète, troubles moteurs de l'œil. E. RICKLIN.

Ueber primäre acute Encephalitis, par STRÜMPELL (*Deutsche med. Woch. n° 42, p. 859, 1889*).

Strümpell divise les encéphalites aiguës primitives en suppuratives et non suppuratives.

Les premières peuvent survenir pendant les épidémies de méningite cérébro-spinale et exister même sans lésion méningée.

Parmi les encéphalites de la seconde catégorie, l'auteur décrit d'abord la forme de Wernicke, la poliencéphalite qui intéresse les noyaux des nerfs de l'œil, et dont les cas récents de Thomsen ont encore démontré la réalité.

En second lieu vient l'encéphalite aiguë infantile que Strümpell a lui-même décrite en l'assimilant à la myélite aiguë infantile, à la paralysie, infantile spinale.

Puis l'encéphalite aiguë idiopathique des adultes. Cette forme n'est pas aussi rare qu'on le pense. L'auteur en a observé deux cas à Erlangen pendant ces dernières années.

Le premier se rapportait à un homme de 25 ans, robuste, bien portant; l'autre à un sujet plus âgé. Le début avait été brusque, les signes cérébraux graves s'étaient installés sans prodromes, et au moment de l'entrée à l'hôpital, les sujets étaient déjà dans le coma ; fièvre intense ; hémiplégie chez les deux sujets; on songe à un ramollissement par embolie ou à une hémorragie cérébrale non rapide. A l'autopsie plusieurs grands foyers d'encéphalite occupant spécialement la substance blanche du centre ovale ; tissu cérébral ramolli, infiltré de sérosité, coloré en jaune ou en rouge-gris et semé de petits points hémorragiques; pas d'embolie. Au microscope, dilatation des vaisseaux qui sont engainés par des leucocytes extravasés, amas leucocytiques très nombreux. On n'a pas trouvé de microbes. Il est rationnel cependant d'admettre là une maladie infectieuse, comme du reste dans l'encéphalite aiguë infantile. L. GALLIARD.

Des méningites microbiennes, par E. ADENOT (*Thèse de Lyon* 1889 *et Gaz. des hôp.*, 28 *juin* 1890).

Après un historique détaillé des études bactériologiques sur les inflammations méningées, Adenot étudie deux grandes classes de méningites : les méningites cocciennes et les méningites bacillaires. Dans une

3e classe se rangent les méningites mixtes, dues à l'infection par plusieurs microbes.

1° Méningites cocciennes. Elles se divisent en : *a*) méningites pneumococciennes, dues au micrococcus pneumoniæ de Friedländer ou au pneumococcus de Talamon; *b*) méningites dues au microbe de Weichselbaum; *c*) méningites dues aux microbes de la suppuration, streptocoques, staphylocoques pyogènes;

2° Méningites bacillaires, comprenant la méningite tuberculeuse, la méningite par le bacille d'Eberth ou les bacilles qui s'en rapprochent, bacillus coli communis;

3° Méningites mixtes, dues à la coexistence de deux ou plusieurs espèces de microbes, sorte d'infection mixte ou combinée.

Si l'on cherche à établir des formes cliniques de ces variétés de méningites microbiennes, on arrive à deux classes : primitives, quand la lésion méningée constitue la localisation exclusive du microbe en dehors de toute autre manifestation morbide réelle ou reconnaissable; forme très rare, on le conçoit; secondaires, consécutives à une autre localisation microbienne, qu'il s'agisse ou non du même agent pathogène.

Quelles sont les voies de l'infection?

Adenot discute, à ce sujet, la théorie embolique, la théorie pyohémique, etc., et conclut qu'il n'y a que deux formes : méningite métastatique ou par infection générale, par la voie sanguine, la voie le plus fréquemment suivie, et méningite par infection directe, l'infection se produisant, dans ce dernier cas, par les voies nasale, pharyngienne, auditive ou oculaire, par simple contiguïté, propagation de proche en proche de l'infection, par thrombose, par les espaces lymphatiques, etc.

A. CARTAZ.

Zur kritischen Symptomatologie der traumatischen Neurose (Commotio cerebrospinalis), par RUMPF (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 9, *p.* 165, 1890).

Quand on étudie les signes de la commotion cérébro-spinale (railway spine, névrose traumatique), il faut se défier de la simulation et chercher les phénomènes qui ne puissent être simulés.

L'auteur a observé, dans un cas, des contractions fibrillaires des triceps fémoraux sous l'influence de l'exposition au froid, de la fatigue, des efforts, et surtout à la suite de la faradisation de ces muscles. La faradisation étant interrompue, on voit même se produire des contractions cloniques de gros faisceaux musculaires, et cela aussi bien du côté opposé au muscle électrisé que sur le muscle lui-même.

Les contractions fibrillaires ont été observées dans des conditions identiques sur le trapèze et le deltoïde chez un sujet qui avait subi un traumatisme de la nuque.

L'auteur les a vues dans 8 autres cas de névrose traumatique. Il voit là un phénomène assez caractéristique pour le désigner sous le nom de *réaction traumatique* des muscles. Il peut se rattacher à une lésion, non seulement des muscles et des nerfs, mais de la moelle : dans les cas où la moelle serait intéressée, on verrait les contractions se produire à la suite de la faradisation de la colonne vertébrale.

L'étude des névralgies traumatiques fait ressortir un phénomène auquel l'auteur attache une grande importance : quand on comprime le

nerf intéressé ou le point douloureux signalé par les malades, on constate d'abord une accélération du pouls, puis, dès que la compression cesse, un ralentissement du pouls. Ce symptôme a paru évident à l'auteur dans 8 cas de commotion cérébro-spinale. On note, au moment où le pouls s'accélère, des irrégularités ; le pouls devient petit.

Troisième symptôme important : la diminution quantitative de l'excitabilité galvanique des nerfs moteurs, sans modification de l'excitabilité faradique. L. GALLIARD.

I. — On the symptomatology... (De l'état des réflexes dans les myélites transverses), par Charlton BASTIAN (*Brit. med. j., p.* 480, *mars* 1890).

II. — On the condition of the reflexes... (De l'état des réflexes dans les traumatismes de la moelle épinière), par A. BOWLBY (*Ibidem, p.* 1132, 17 *mai* 1890).

III. — A case of localisation of a limited region of the spinal cord, par W. MACEWEN (*Ibidem, p.* 775, 5 *avril* 1890).

IV. — Landry's paralysis, par Godfrey CARTER (*Ibidem, p.* 1127, 17 *mai* 1890).

V. — Sur la paralysie de Brown-Séquard, par de RENZI (*Riv. clin. e terap.*, *n°* 4, 1890).

I. — On admet généralement que dans les destructions de la moelle cervicale et dorsale les réflexes sont exagérés, comme chez les grenouilles dont on a sectionné la tête. C'est une erreur que démentent les faits cliniques. Bastian publie quatre cas dans lesquels la moelle cervicale ou dorsale était totalement détruite, et où la sensibilité réflexe aussi bien que la réflectivité tendineuse étaient abolies: seuls la vessie et le rectum avaient conservé leur sensibilité réflexe. Il en est de même des traumatismes de la colonne vertébrale, où la paraplégie motrice et sensitive s'accompagne d'une suppression des réflexes. Ce n'est pas là une question de choc temporaire, puisque le fait se produit dans des myélites spontanées, et on ne peut pas davantage invoquer la coexistence de lésion de la moelle lombaire. L'auteur admet qu'en pareil cas la suppression des réflexes dépend de la séparation de la moelle non seulement avec les fibres cérébrales, mais avec les fibres cérébelleuses.

Hughlings, Jackson et Bowlby, dans la discussion, confirment les assertions de Bastian: mais Buzzard cite des faits dans lesquels l'exagération des réflexes s'est manifestée dans des lésions destructives de la moelle dorsale: il croit que la question est à réserver.

Bastian, en réponse, soutient que dans ces cas la section de la moelle n'était pas complète. H. R.

II. — Bowlby étudie 11 cas de traumatisme spinal au point de vue de l'état des réflexes. Dans tous ces cas, les membres étaient dans la flaccidité, les réflexes tendineux abolis, la trépidation épileptoïde nulle. — Chez quelques-uns les réflexes cutanés persistaient: la plupart n'en présentaient point. Au contraire, quand la lésion de la moelle était incomplète, sans solution de continuité absolue, les réflexes étaient exagérés.

L'auteur en conclut, avec pièces à l'appui, que l'intervention chirurgicale n'est nullement indiquée quand les réflexes sont totalement supprimés, tandis que dans le cas inverse, il y a lieu d'agir.

Bastian trouve les conclusions trop absolues: les réflexes peuvent reparaître après un traumatisme, après avoir été momentanément supprimés. H. R.

III. — Homme de 60 ans, chute de voiture sur la nuque, perte de connaissance immédiate: douleur vive dans les 4e, 5e, et 6e vertèbres: crépitation osseuse vertébrale. — Les bras sont en abduction, les avant-bras en flexion forcée, ainsi que les poignets et les doigts, sauf l'index. Impossibilité absolue d'étendre les bras: dans ses efforts pour faire ce mouvement, la flexion de l'avant-bras s'exagère. Les fonctions du deltoïde et du trapèze persistent, ainsi que ceux du pectoral. Supination impossible. Respiration diaphragmatique: paralysie des intercostaux.

Sensibilité abolie à l'avant-bras et démesurée au bras. Réflexes cutanés presque nuls. Parésie de la vessie et incontinence fécale. Pupilles contractées et congestionnées.

La marche des symptômes fut la suivante. Au bout d'une dizaine de jours, paralysie progressive des muscles de l'épaule et des bras, douleur lancinante de névrite du plexus brachio-cervical.

Deux mois plus tard, retour progressif du mouvement et de la sensibilité, mais atrophie persistante des muscles de l'avant-bras et de la main.

L'auteur discute le diagnostic et admet une contusion de la moelle, au niveau de la 6e vertèbre cervicale, intéressant les racines nerveuses du groupe de Duchenne-Erb, qui étaient parésiées, et s'étendant au-dessous, en donnant lieu à une paralysie absolue des muscles de l'avant-bras et de la main. La région ainsi contuse répond aux 7e et 8e paires cervicales et à la 1re dorsale. Il admet, en se fondant sur la distribution des troubles sensitifs, que la lésion a intéressé de préférence le tractus antérieur de la moelle, en y déterminant probablement de l'hématomyélie.

Il ne discute pas l'hypothèse d'un névrite réticulaire qui est pour le moins aussi probable qu'une myélite en pareil cas. H. R.

IV. — Un homme de 25 ans prend froid le 19 juillet et souffre de la gorge. Trois jours après, fatigue générale, sensation de faiblesse et de fourmillement dans les quatre membres : somnolence. Le 6e jour, impossibilité presque complète de marcher; le 7e, de se tenir debout; sueurs, pouls fréquent et faible ; pas d'anesthésie: vessie et rectum intacts. Le 2 août, symptômes bulbaires, dysphagie, dyspnée par paralysie du diaphragme, paralysie abolue des quatre membres, aphonie, tendance à la lipothimie. La mort paraissait imminente quand, petit à petit, les accidents s'amendèrent: la déglutition revint la première, puis la respiration : finalement, en six semaines, les mouvements reparurent; à cette date, le malade pouvait se lever, mais se sentait encore faible.

L'auteur décrit ce cas sous le nom de paralysie de Landry; il ne discute pas l'hypothèse d'une polynévrite. H. R.

V.—L'auteur rapporte deux cas de paralysie de Brown-Séquard (Hémisection de la moelle). Suivant la règle la motilité était abolie du côté de la lésion, la sensibilité du côté opposé. De Renzi n'a pas constaté la zone d'anesthésie circulaire, que l'on trouve habituellement dans le point correspondant à la lésion, non plus que la zone d'hyperesthésie qui lui est superposée. Il existait une atrophie marquée dans le membre paralysé.. Pas de réaction de dégénérescence, mais diminution de la contractilité faradique; comme troubles vaso-moteurs, il convient de noter l'abaissement de la température dans le membre paralysé. Enfin les réflexes tendineux étaient diminués dans le côté opposé à la lésion, exagérés dans le côté correspondant. G. LYON.

I. — Contribution à l'étude de la syringomyélie, par BRUHL (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — Syringomyelia, par Henry BERKLEY (de Baltimore) (*Brain, p.* 460, *janvier* 1890).

III. — Ein Fall von Syringomyelie... (Un cas de syringomyélie avec dégénération spéciale des nerfs périphériques et avec troubles trophiques (acromégalie), par HOLSCHEWNIKOFF.— Sur l'acromégalie, par v. RECKLINGHAUSEN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Phys. Band CXIX, Heft* 1).

I. — Bruhl n'envisage dans sa description que la syringomyélie par gliomatose médullaire, la mieux connue aujourd'hui, qui peut et doit être diagnostiquée et qui l'a d'ailleurs été plusieurs fois, l'autopsie étant venue vérifier le diagnostic. La maladie est étudiée dans sa symptomatologie, son anatomie pathologique, son diagnostic, ses causes. C'est sur l'anatomie et la physiologie pathologiques que l'auteur s'est basé pour classer les divers signes de la maladie. Sous la dénomination de symptômes poliomyéliques postérieurs il décrit la thermo-anesthésie, l'analgésie; l'atrophie musculaire rentre dans la catégorie des symptômes poliomyéliques antérieurs; enfin, sous le nom de symptômes poliomyéliques médians, sont rangés les troubles trophiques divers, cutanés, sous-cutanés, articulaires et osseux, les déviations de la colonne vertébrale, les troubles vaso-moteurs, etc.

A cette thèse sont annexées 36 observations, dont quelques-unes personnelles, qui constituent la plus grande partie des cas déjà publiés. Enfin on trouve à la fin un index bibliographique très complet.

GEORGES GUINON.

II. — Nègre, âgé de 38 ans, alcoolique et syphilitique. Dix-huit mois avant sa mort, affaiblissement progressif des muscles inférieurs, spécialement de la jambe gauche, puis développement d'une hémiplégie gauche intéressant le membre supérieur et respectant la face : atrophie des muscles paralysés. Douleurs vives et sensation permanentes de fourmillements et d'élancements. Mort presque subite, à la suite d'une attaque épileptiforme.

A l'autopsie, pas de lésion localisée à l'écorce cérébrale, à la capsule interne ou externe, ni à la protubérance; il existe seulement au microscope une atrophie de certaines cellules corticales en rapport avec l'épaississement des méninges. Dans la moelle, les lésions sont plus accentuées. On trouve une série de petits foyers hémorragiques qui ont détruit partiellement l'axe gris. Dans ces foyers existe une dégénérescence anormale de tissu nerveux, qui se présente sous la forme de masses hyalines ayant leur maximum de développement au niveau du tractus intermédio-latéral de la région cervicale. Ce tissu ressemble à du gliome, mais paraît être simplement l'hypertrophie de la substance gélatineuse de Rolando. En un point, il s'est détruit et laisse une large cavité laminaire.

L'auteur montre que ce cas diffère des faits ordinaires de syringomyélie, et se rapproche au contraire des lésions signalées dans les observations de Hutin, de Steudener et de Langhans. H. R.

III. — C'est l'observation d'un homme de 36 ans, atteint subitement de convulsions et mort quatre jours après. L'examen anatomique montra des lésions dans la moelle épinière et dans les extrémités. La moelle épinière, à partir de la deuxième paire cervicale jusqu'à la neuvième dorsale, est atteinte de sclérose. La cavité qui existe à divers niveaux de la substance grise a pris naissance d'une façon indépendante, quoique à d'autres endroits elle communique avec le canal central. Sur toute l'étendue où la moelle épinière est at-

teinte de sclérose et de syringomyélie, la corne postérieure est détruite. Les fibres nerveuses des racines postérieures (paires cervicales) sont atteintes de dégénérescence s'étendant à travers le ganglion spinal jusque dans le tronc nerveux. Mêmes altérations dans le plexus brachial et dans les nerfs des membres supérieurs.

Il s'agit donc d'une maladie systématique du système nerveux central et des nerfs périphériques.

Les extrémités antérieures présentent les modifications hypertrophiques décrites par Marie comme une entité morbide spéciale sous le nom d'*acromégalie*. Holschewnikoff incline à voir une relation entre l'affection du système nerveux central et l'hypertrophie des extrémités; la dégénération descendante des racines postérieures aurait amené les troubles trophiques des parties qu'elles innervent.

V. Recklinghausen fait suivre ce travail d'une revue critique où il met en lumière les nombreux faits qui parlent en faveur de cette opinion, à savoir que l'acromégalie doit être considérée comme une maladie spéciale, de nature névrotique. ED. RETTERER.

I. — **Zur pathologischen Anatomie der Seitenstrangerkrankung bei Tabes dorsalis (Contribution à l'étude anatomo-pathologique des lésions des faisceaux latéraux dans le tabes dorsal), par Hans SCHMAUS** (*D. Arch. f. klin. Med. Band XLVI, p.* 113).

II. — **Pathological anatomy... (Anatomie pathologique d'un cas de tabes associé à de la paralysie générale), par St-John BULLEN** (*Brain, p.* 433, *janvier* 1890).

III. — **Tabes dorsalis in husband and wife (Tabes chez le mari et la femme) par J. A. ORMEROD** (*St Barth. Hosp. Rep., XXV, p.* 87, 1889).

I. — Un homme de 38 ans présente d'abord des phénomènes douloureux, de la fatigue, de l'incertitude dans la marche. En mai 1884, il n'y a pas encore de phénomène caractéristique d'ataxie : absence du réflexe rotulien et de la réaction de la pupille à la lumière. Au bout d'un an et demi, douleurs lancinante; la marche sans soutien impossible, psoriasis musculaire et ataxie des membres inférieurs; paralysie dans le domaine du péronier latéral gauche; atrophie musculaire partielle avec électrisation normale; paresthésies, anesthésie limitée aux gros orteils, analgésie des jambes, disparition des réflexes, réflexe pupillaire très diminué; troubles des fonctions de la vessie et du rectum; réflexes cutanés partiellement exagérés.

La mort survint après 4 ans et demi de maladie. Le diagnostic anatomique est formulé de la façon suivante : dégénération des cordons postérieurs et partiellement des cordons latéraux : décubitus de la région sacrée; suppuration de la prostate; pneumonie fibrineuse du lobe inférieur droit. Phtisie pulmonaire ancienne; cavernes; ulcérations tuberculeuses de l'intestin; pyélonéphrite suppurée des deux côtés.

A quelle variété de sclérose combinée appartenaient les lésions médullaires? Les scléroses combinées correspondent à trois groupes principaux : les scléroses héréditaires, qui commencent dans le jeune âge et qui comprennent surtout l'ataxie héréditaire de Friedreich, les myélites survenues à l'âge adulte qui se manifestent par une combinaison de phénomènes de tabes dorsal et de tabes spasmodique. Dans un troisième groupe, aux phénomènes du tabes dorsal viennent se surajouter ceux qui dépendent de la sclérose des cordons latéraux.

Il y avait une dégénérescence des cordons postérieurs semblable à

celle du tabes dorsal et, de plus, une sclérose des cordons latéraux constituée par la superposition d'une lésion systématique, quoique partielle du faisceau pyramidal latéral, et une lésion non systématisée des faisceaux cérébelleux.

Ce cas appartient à la catégorie du tabes dorsal secondairement compliqué de sclérose latérale. Comme anomalie, il faut signaler les secousses fibrillaires et le début précoce de la parésie. Les lésions anatomiques étaient plus anciennes dans les cordons postérieurs que dans les cordons latéraux, si l'on en juge par le degré de développement des tractus fibrillaires de tissu scléreux. A. MATHIEU.

II. — Homme de 33 ans, ancien syphilitique. Signes non douteux de paralysie générale avec idées ambitieuses, incohérence, actes violents et inégalité pupillaire, embarras de la parole, tremblement des lèvres. Démarche ataxique et suppression du réflexe rotulien. Alternative d'excitation et de dépression cérébrale : troubles du goût et de l'odorat. Mort dans le coma.

A l'autopsie, la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle s'étend depuis la queue-de-cheval jusqu'aux noyaux de la colonne cunéiforme du bulbe. Les zones commissurales sont sclérosées, et toute la région postérieure de la moelle est anormalement vascularisée. Sclérose concomitante des cordons latéraux dans la région dorsale, confinée au tractus pyramidal croisé. La dégénération atteint également les colonnes vésiculaires de Clarke, leur prolongement bulbaire, les noyaux vague et spinal, le faisceau grêle et le faisceau cunéiforme, les nerfs optiques et le pneumogastrique. Dans l'écorce du cerveau, la névroglie est hyperplasiée et les cellules de la zone motrice sont en voie de dégénérescence. Pas de méningite chronique ni d'adhérences de la pie-mère. H. R.

III. — Relation intéressante de deux cas de tabes observés dans un ménage. La femme avait manifestement de l'ataxie, avec douleurs fulgurantes, signes de Westphal et de Robertson. Crises gastriques et vomissements. Le mari présentait le signe de Romberg, des troubles visuels et auditifs, des anesthésies diffuses et des désordres cérébraux avec idées ambitieuses qui avaient fait songer à la possibilité d'une paralysie générale. Il succomba, et l'on trouva une sclérose avancée des cordons postérieurs, tandis que les lésions encéphaliques étaient relativement peu prononcées.

Le point intéressant de l'observation est la coexistence du tabes chez le mari et la femme, qui s'expliquait par la syphilis que le premier avait donnée à la seconde dix ans auparavant. Strümpell (*Neurol. Centralblt.*, 1888, p. 122) rapporte un cas de ce genre. Mendel a vu cinq exemples de paralysie générale chez des conjoints syphilitiques : Siemerling et Westphal ont signalé des faits analogues, qui montrent l'étroite analogie de la paralysie générale et du tabes au point de vue de l'étiologie. H. R.

I. — **Illustrations of some forms of peripheral neuritis...**, par **Thomas BUZZARD** (*Brit. med. j.*, *p.* 1419, 21 *juin* 1890).

II. — **Névrite périphérique produite par l'inhalation de sulfure de carbone**, par **EDGE** (*The Lancet*, 7 *décembre* 1889).

III. — **Beitrag zur Lehre der Neuritis puerperalis**, par **P. J. MÖBIUS** (*München. medic. Woch.*, *n°* 14, *p.* 247, 8 *avril* 1890).

IV. — **Hemiatrophia facialis progressiva**, par **CAHEN** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 44, *p.* 912, 1889).

V. — A case of hemiatrophy of the tongue (Hémiatrophie de la langue), par E. TREVELYAN (*Brain, p.* 102, *avril* 1890).

VI. — Un caso di crampo idiopatico della lingua, par S. PERSONALI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, mars* 1890).

VII. — Bijdrage tot de kenniss... (Contribution à l'étude des crampes professionnelles), par STEPHAN (*Weekbl. von het nederl. Tijdschr. voor Geneesk., II,* n° 16, 1889).

I. — Buzzard insiste sur quelques anomalies cliniques de la névrite périphérique, et cite les particularités suivantes :

a) Cas dans lesquels les douleurs et les troubles sensitifs font défaut. Le symptôme marquant est alors une paralysie étendue aux quatre membres, accompagnée souvent d'un œdème très considérable. Début tantôt brusque, à allures de myélite; tantôt subaigu, à allures ataxiques.

b) Cas de névrite à forme monoplégique. Buzzard cite un fait de monoplégie douloureuse de la main gauche chez une dame. La localisation paralytique peut être même poussée plus loin, et un seul doigt est affecté (une observation à l'appui). Dans trois autres faits, c'étaient les muscles de l'avant-bras et du bras qui étaient touchés, concurremment avec ceux de l'œil. Il s'agissait de névrites alcooliques, qu'on est habitué à considérer comme diffuses et généralisées.

c) Le diabète donne lieu à des accidents de névrite comparables. Tantôt il s'agit d'une forme paraplégique susceptible même de s'étendre aux quatre membres, tantôt d'une forme monoplégique. Buzzard rapporte l'exemple d'un diabétique qui débuta par une monoplégie brachiale gauche avec atrophie musculaire, et qui eut ensuite les deux bras atteints. H. R.

II. — Le tableau clinique du malade de Edge rappelait à beaucoup d'égards les paralysies d'origine alcoolique; on ne pouvait cependant songer à faire jouer un rôle soit direct, soit associé à l'alcool, le malade étant absolument sobre. A côté de la céphalalgie, du délire, des troubles visuels, des douleurs rhumatoïdes, de la parésie des jambes, de l'abolition des fonctions sexsuelles, le symptôme le plus remarquable était l'anesthésie. Il existait une perte presque complète de la sensibilité au contact, à la douleur, à la température dans toute la moitié inférieure des jambes. Un îlot d'anesthésie occupant le pied droit et le tiers inférieur de la jambe persistait encore longtemps après que tous les autres symptômes s'étaient améliorés. Edge rattache cette anesthésie à une névrite périphérique. A.-F. PLICQUE.

III. — Möbius rappelle sa description de la névrite puerpérale (*Münchener med. Woch.*, 1887, n° 9), atteignant les nerfs du bras, ordinairement les branches terminales du médian ou du cubital, quelquefois les deux, et intéressant à la fois les filets moteurs et sensitifs, souvent accompagnée de vives douleurs, en finissant par s'améliorer ou guérir après un temps variable.

A ses 9 cas antérieurs, il en ajoute 1 survenu chez une femme de 30 ans, sans cause appréciable, immédiatement après un accouchement, ayant intéressé au plus haut degré les muscles interosseux et atteint les muscles des jambes (plexus lombaire et nerf ischiatique).

Sauf la diffusion plus grande, le tableau clinique fut celui qu'il avait déjà observé. Il ne s'agit pas de névrite secondaire à une infection, les suites de couches ayant été parfaitement normales. Il admettrait plutôt

une auto-intoxication en se fondant sur 2 cas de névrite survenue pendant la grossesse et accompagnés de vomissements.

Möbius résume en terminant les 2 cas récents de Whitfield, Desnos, Joffroy et Pinard. P. TISSIER.

IV. — Fille de 16 ans dont les cheveux, à la suite d'un érysipèle suivi de rougeole, à l'âge de 9 ans, sont devenus gris du côté droit de la tête. C'est à l'âge de 13 ans qu'on a remarqué l'atrophie de la face du même côté.

Le côté droit du visage est manifestement atteint d'atrophie, la joue aplatie, le menton effilé de ce côté, la pommette moins saillante ; la peau est tendue, il y a peu de tissu cellulaire sous-cutané. La région massétérine est dure et résistante. La longueur de l'oreille droite est inférieure de 3 millimètres à celle de l'autre.

Au front et au reste du crâne, rien à noter.

La peau du cou présente à droite une teinte brun clair.

Pas de troubles de la sensibilité générale ni spéciale ; pas de différence de température d'un côté à l'autre ; pas de modification de l'excitabilité électrique. L. GALLIARD.

V. — Femme âgée de 25 ans. Symptômes obscurs de douleurs profondes situées à la partie supérieure du cou, puis bientôt contracture du sterno-mastoïdien et torticolis. Simultanément, la moitié gauche de la langue est gonflée et douloureuse ; quelques jours après, elle commence à maigrir et à s'atrophier ; on constate une abolition du sens du goût dans toute la moitié gauche de l'organe, aussi bien en avant qu'en arrière.

Signes de plus en plus accusés de carie vertébrale sous-occipitale : crises épileptiformes, coma et mort.

L'autopsie montre une carie de l'atlas et de l'occipital, avec méningite basilaire propagée. Tous les nerfs étaient sains, sauf l'hypoglosse gauche qui était atrophié et comprimé dans les exsudats méningés. Le glosso-pharyngien et la corde du tympan du côté correspondant ne présentaient pas d'altération.

Suit une revue critique sur la question de l'hémiatrophie linguale, avec une bibliographie soignée et un extrait des principaux travaux parus sur ce sujet. H. R.

VI. — Homme de 30 ans, sans antécédents névropathiques héréditaires, non syphilitique, ni alcoolique, atteint depuis 18 mois de crampes toniques dans le territoire de l'hypoglosse, caractérisées par la projection violente de la langue hors de la bouche ; la langue devient très dure, son diamètre transversal se rétrécit et elle se courbe un peu suivant son axe longitudinal, en produisant un bruit spécial. En même temps, sensation désagréable de tiraillement dans la région de l'os hyoïde, sialorrhée et polydypsie. Les accès ne sont précédés d'aucune aura ; ils surviennent à intervalle variable. Depuis quelque temps, il y a, de plus, de légères crampes dans le territoire du facial inférieur des deux côtés, mais surtout dans le masséter, mais elles sont moins intenses et moins fréquentes que celles de la langue, qui se répètent une vingtaine de fois par jour. GEORGES THIBIERGE.

VII. — Stephan rapporte un cas singulier de névrose professionnelle ; un paysan ne pouvait plus traire ses vaches sans être pris de crampes douloureuses dans la main gauche. Il y eut du gonflement de la main, des douleurs vives, de l'atrophie marquée des muscles, des éminences thénar et hypothénar, moins marquées des muscles du bras ; de l'anesthésie du pouce et de l'index. Une névrite périphérique aurait succédé à la crampe professionnelle. A. M.

L'acromégalie (maladie de P. Marie), par SOUZA-LEITE (*Thèse de Paris*, 1890).

C'est le premier travail d'ensemble que nous ayons sur cette affection de connaissance encore récente. Il est divisé en huit chapitres. Dans le premier, l'auteur donne une vue générale de la maladie. Le second est consacré à l'étude de l'étiologie. Bien que quelques maladies ou accidents aient été considérés comme de véritables causes, on ne peut rien préciser actuellement à ce point de vue, sinon que l'acromégalie est une affection de l'adolescence et de l'âge adulte. Le troisième chapitre traite des symptômes objectifs (hypertrophie des extrémités, déformations, etc.) et subjectifs (céphalée, troubles génésiques, visuels, etc), qui sont étudiés avec grand soin, ainsi que les troubles urinaires, les modifications psychiques. Le chapitre IV est consacré à la marche de l'acromégalie, qui est une affection essentiellement chronique, à terminaison nécessairement fatale, étant données les altérations graves qui en forment la substance anatomo-pathologique. C'est dans le chapitre V que ces altérations sont étudiées. Elles consistent surtout en une hypertrophie dégénérative du corps pituitaire qui entraîne à sa suite des lésions graves des organes voisins (tige pituitaire, bandelettes optiques, sinus veineux). Quant à la pathogénie (chapitre VI), elle est encore peu connue. L'auteur se rallie à la théorie de P. Marie. Le diagnostic (chapitre VII) est fait avec le plus grand soin. Souza-Leite distingue l'acromégalie de la cachexie pachydermique, de la maladie de Paget, du gigantosme, de l'éléphantiasis des Arabes, et, enfin, de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Ce dernier diagnostic est souvent fort difficile, et P. Marie a beaucoup contribué à le rendre plus aisé en décrivant les altérations osseuses et articulaires consécutives à des processus pulmonaires particuliers. Le dernier chapitre est consacré au traitement.

Ce travail est basé sur 38 observations, total des cas publiés au moment où Souza-Leite soutenait sa thèse, et dont quelques-uns lui sont personnels. Un index bibliographique très complet est annexé à la fin du volume. Enfin, il est enrichi de nombreuses figures indispensables pour l'intelligence d'un pareil sujet. GEORGES GUINON.

I. — **Sur deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë, par J. GRASSET** (*Broch.*, 54 *p.*, *Paris*, 1890).

II. — **Hystérie tabagique, par GILBERT** (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 25 *octobre* 1889).

III. — **Automatisme ambulatoire chez un hystérique, par PROUST** (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 1890).

IV. — **La nutrition dans l'hystérie, par GILLES DE LA TOURETTE et H. CATHELINEAU** (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 14 *avril* 1890).

V. — **La nutrition dans l'hystérie, par BOUCHARD** (*Ibidem*, 21 *avril* 1890).

VI. — **Des troubles trophiques dans l'hystérie, par ATHANASSIO** (*Thèse de Paris*, 1890).

VII. — **On the simulation of hysteria by organic disease of the nervous system par Th. BUZZARD** (*Brain*, *p.* 1, *avril* 1890).

VIII. — On pseudo-peritonitis and epilepsy in hysteria, par John Syer BRISTOWE (*Brit. med. j., p.* 401, 22 *février* 1890).

I. — Grasset rapporte deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë; dans le premier cas, la cause provocatrice fut la fièvre typhoïde; dans le second, la grippe.

Les malades n'avaient présenté antérieurement aucune manifestation de la névrose, mais on retrouvait chez eux des conditions prédisposantes: chez l'un hérédité névropathique (mère et sœur névrosées), chez l'autre arthritisme des parents. Grasset rapproche ces hystéries post-infectieuses des hystéries toxiques et des hystéries traumatiques. G. LYON.

II. — Un homme de 62 ans présente les symptômes classiques de l'hémiplégie accompagnée d'hémianesthésie cutanée sensorielle et ceux d'une légère parésie du sphincter vésical. Gilbert explique ce syndrome par le fait d'une intoxication tabagique. Depuis l'âge de 16 ans, cet homme était employé à la manufacture des tabacs, où son métier consistait à placer le tabac dans des cuves d'eau, et à le recueillir pour le porter sous une presse hydraulique; en outre, c'était un grand fumeur, priseur et chiqueur. H. L.

III. — Jeune homme de 33 ans : a présenté antérieurement les signes les plus manifestes de la grande hystérie. Presque instantanément hypnotisable, à certains moments il perd complètement la mémoire; tous souvenirs anciens ou récents sont abolis : c'est ainsi qu'après une discussion qui l'avait vivement impressionné, il reste trois semaines en voyage, et à son retour ne peut nullement se rappeler ce qu'il a fait pendant ce temps. Une autre fois, il quitte Paris et se rend à Troyes pendant deux jours, durant lesquels il ne se souvient nullement de ses actes.

Ce fait est un exemple d'automatisme ambulatoire chez un hystérique, dans lequel on relève une rupture dans la continuité des phénomènes de conscience et ce bien que l'individu, pendant cette rupture, aille, vienne, agisse conformément aux habitudes de la vie courante. Mais, s'il y a discontinuité entre les phénomènes de conscience des périodes de condition seconde et ceux de la vie normale, il y a, au contraire, continuité entre les phénomènes de condition seconde, car, plongé dans le sommeil hypnotique, le malade se rappelle les moindres détails de ses pérégrinations. OZENNE.

IV et V. — On tend généralement à admettre que la nutrition générale ne souffre pas chez les hystériques, quelque insuffisante que soit leur alimentation, parce qu'ils ne déperdent rien et que, ne déperdant rien, il leur est inutile de manger (opinion émise par Empereur en 1876, et déjà publiée en 1873 par Bouchard, à propos des vomissements hystériques). Or, il faut établir deux catégories : d'une part, les hystériques normaux, et, d'autre part, les hystériques pathologiques, ces derniers étant ceux qui, en plus des stigmates permanents et nécessaires pour légitimer le diagnostic de la névrose, présentent la série des accidents variés d'attaques, état de mal, etc. Chez les premiers la nutrition s'effectue normalement. Chez les seconds, pendant l'attaque, il y a, au contraire, diminution du résidu fixe, de l'urée, des phosphates; il y a perte de poids de 200 à 300 grammes par jour. A ce point de vue chimique, l'attaque d'hystérie est l'inverse de l'accès d'épilepsie ; les accès d'épilepsie se jugent par une élévation considérable des principes constitutifs de l'urine ; l'attaque d'hystérie se juge par une diminution considérable de ces mêmes principes. Cette différence radicale peut cons-

tituer, à l'occasion, un excellent élément pour le diagnostic parfois difficiles de ces deux maladies convulsives. M. D.

VI. — Travail intéressant, fait en partie sous l'inspiration de Charcot et de Gilles de la Tourette. L'auteur propose d'après ce dernier une classification des troubles trophiques hystériques que l'on peut résumer ainsi :

1° Troubles trophiques du côté de la peau : *a*) non spécialisés (rougeurs, érythèmes passagers) ; *b*) spécialisés (vésicules, pemphigus, vitiligo, zona) ; *c*) calvitie, chute des cheveux et des ongles.

2° Troubles trophiques vaso-moteurs et sécrétoires : ecchymoses spontanées, hémorragies cutanées, gangrène symétrique des extrémités, œdème bleu, gonflement du cou et des seins, galactorrée, sueurs locales.

3° Troubles portant sur le tissu cellulaire : lésions des appareils ligamenteux périarticulaires, rétractions fibro-tendineuses.

4° Atrophie musculaire.

Tous ces troubles trophiques sont étudiés séparément un par un. Les chapitres les plus importants sont ceux relatifs aux hémorragies cutanées (sueurs de sang d'origine hystérique), à l'œdème bleu des hystériques et à l'atrophie musculaire hystérique, dont l'auteur donne plusieurs observations relatives à des malades présentés par Charcot à ses leçons cliniques. GEORGES GUINON.

VII. — Mémoire très intéressant, mais difficilement analysable, en ce qu'il porte exclusivement sur une série d'observations litigieuses qu'il faut lire en détail.

Les faits cliniques spécialement visés par Buzzard, où des lésions réelles du système nerveux affectent les allures de l'hystérie, concernent les catégories suivantes :

a) Cas de paralysie des membres inférieurs plus ou moins complète, avec conservation de la musculature et des réactions faradiques musculaires, mais liés à une atrophie localisée des muscles psoas iliaques ; temporaire ou permanente. Buzzard insiste, en pareil cas, sur la valeur de la diminution du réflexe rotulien, qui ne se voit presque jamais dans les véritables paraplégies hystériques, et qui est fréquent dans ces atrophies partielles.

b) Cas où les phénomènes hystériformes dépendent d'une maladie de Friedreich (ataxie héréditaire) plus ou moins funeste. Il faut tenir alors grand compte des déformations du pied, et de la variété de pied bot décrite par Ormerod.

c) Cas où les phénomènes hystériformes dépendent d'un cancer de la colonne vertébrale comprimant la moelle. Ici encore, la suppression ou la diminution des réflexes tendineux, et la notion d'une incontinence des urines doivent faire douter de l'hystérie, bien que ce dernier signe n'ait rien de pathognomonique. Les troubles trophiques des membres, la rigidité articulaire et l'ankylose peuvent se voir dans de vraies paraplégies hystériques.

d) Cas d'hystérie simulée par une sclérose insulaire disséminée de la moelle au début de son évolution. Ces faits sont très communs et l'erreur difficile à éviter, car tous les signes classiques de la sclérose, en plaques confirmée peuvent faire défaut, et dans cette affection on peut

voir, tout comme dans l'hystérie, des troubles visuels profonds sans lésions appréciables du fond de l'œil, et des impotences fonctionnelles passagères ou durables. Buzzard insiste, comme signes bien plus fréquents de sclérose, sur le fait qu'un œil se prend d'abord, guérit, puis l'autre œil se prend à son tour ; de même le nystagmus est exceptionnel dans l'hystérie, ainsi que les atrophies partielles musculaires avec perte des réactions électriques. H. R.

VIII. — Bristowe compare deux faits cliniques où se trouvaient réunis tous les signes rationnels d'une péritonite. Dans l'un, il s'agissait d'une typhlite ; dans l'autre, les symptômes abdominaux firent place à des crises épileptiques, bientôt suivies d'hémianesthésie et de troubles sensoriels ; plus tard de mouvements spasmodiques musculaires. Il devint évident que les fausses apparences de péritonite n'étaient que l'expression de phénomènes hystériques ; d'ailleurs la température ne s'était jamais élevée au-dessus de 39 degrés. H. R.

I. — Eighty cases of chorea, par W. HERRINGHAM (*Medico-chir. Transact. LXXII, p.* 117, 1889).

II. — On the relation of chorea to rheumatism, par Archibald GARROD (*Ibidem, p.* 145).

III. — A contribution to the pathological anatomy of chorea, par Ch. DANA (*Brain, p.* 71, *avril* 1890).

IV. — Chorée molle avec atrophie musculaire, par F. RAYMOND (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 *mai* 1890).

I. — Herringham a analysé 80 cas de chorée au point de vue des antécédents diathésiques, des circonstances étiologiques et de la marche des accidents. Voici ses conclusions :

1° Un grand nombre de choréiques sont des rhumatisants ;

2° Les choréiques sont presque toujours d'une constitution délicate ;

3° La chorée provient quelquefois directement d'une émotion morale ;

4° La chorée peut donner lieu à des cardiopathies permanentes, comme à des troubles cardiaques passagers.

Ces conclusions sont identiques à celles de Roger en France et n'apprennent rien de nouveau.

II. — La statistique de Garrod est confirmative de celle d'Herringham. Les choréiques qu'il a analysés se recrutent dans des familles de rhumatisants dans la proportion de 39 0/0.

Les antécédents de rhumatisme sont notés dans 45 cas sur 100, résultat qu'avait déjà obtenu Stephen Mackenzie. Parfois la chorée est la première expression du rhumatisme, et les déterminations articulaires se produisent ultérieurement.

Enfin, dans 56 cas sur 100, on entend des souffles valvulaires chez les choréiques, et, dans ce nombre, la moitié au moins répondent à des lésions persistantes.

III. — Dana rapporte l'histoire d'un garçon de 18 ans, atteint de chorée subaiguë depuis l'âge de 6 ans ; puis, à partir de 12 ans, d'attaques épileptiformes nocturnes. Impossibilité de marcher, mouvements choréiques incessants, intelligence ordinaire, mais apparence d'un idiot. Ancienne cicatrice du trépan dans son enfance. Mort de pneumonie intercurrente.

A l'autopsie, centres nerveux sains en apparence. Léger degré de leptoméningite chronique non adhésive, dilatations diffuses et varicosités des artérioles, spécialement au niveau de la couche profonde sous-corticale, sans artérite véritable. Ectasie des espaces lymphatiques périvasculaires. Le maximum des lésions siège à la surface inférieure des lobes temporaux, au niveau de la capsule interne, des parties voisines du corps strié et de la couche optique.

Dans la moelle, léger degré de leptoméningite, congestion spinale, surtout vers les cordons latéraux. Double canal épendymaire.

A ce propos, l'auteur résume les données fournies par 39 autopsies de choréiques, 16 notamment accompagnées d'examen minutieux. Dans tous ces cas, on trouve signalés l'hyperémie cérébrale, les exsudations périartérielles, les foyers de ramollissement ou d'érosion, les petites hémorragies et les embolies capillaires. Les lésions sont à leur maximum, non pas au niveau des méninges, mais dans les parties profondes du tractus moteur, vers le noyau lenticulaire et la portion interne du thalamus.

Dans les formes chroniques de chorée, les modifications vasculaire et dégénérative sont plus marquées; on constate de la prolifération conjonctive et de la dégénérescence des cellules ganglionnaires, mêlées à des corps hyalins.

Ainsi, au début il s'agirait d'une paralysie vaso-motrice et d'un trouble trophique localisé à certaines régions du cerveau, avec une extension vers la moelle; plus tard, d'une véritable encéphalite interstitielle.

H. R.

IV. — R..., âgé de 17 ans, est pris, en janvier, de douleurs articulaires généralisées pendant 15 jours; ces douleurs reviennent fréquemment, mais de courte durée jusqu'en mars, s'accompagnant de faiblesse dans les membres; du 15 mars au 22 avril il grandit de 7 centimètres. Au commencement d'avril paraissent dans la main et le bras gauche des mouvements irréguliers; huit jours après, le bras devient faible, il ne peut travailler; puis l'épaule, et enfin la jambe deviennent parésiées et la marche est impossible.

Le 25 avril, on note à la face des tics convulsifs, surtout à gauche; la parole est bredouillante. Tout le membre gauche est animé de mouvements choréiques; impotence presque complète du bras; les muscles des éminences thénar et hypothénar sont atrophiés, ainsi que ceux de l'avant-bras, du bras, et le deltoïde. Pas de modification de l'excitabilité galvanique; l'excitabilité faradique, un peu diminuée à la main, est presque normale à l'avant-bras et aux bras.

La jambe, qui est animée de mouvements moins intenses, ne peut supporter le malade; elle est maigrie au mollet. Au bout de trois semaines, amélioration notable.

Raymond rapporte, par opposition, un cas d'hémichorée symptomatique de cause cérébrale avec contraction et atrophie musculaire, survenu également chez un garçon de 17 ans. Il pense que l'atrophie musculaire dans la chorée est sous la dépendance du même trouble des grandes cellules motrices de la moelle, qui détermine les mouvements involontaires et la paralysie. H. L.

Note sur l'origine bulbaire du tic de la face, par CADIOT, GILBERT et ROGER (*Revue de médecine, p.* 431, *mai* 1890).

Dans le but de déterminer le point de départ d'un tic facial droit

observé sur une chienne âgée de sept ans et remontant à l'âge de seize mois, les auteurs ont successivement détruit le centre cortical du facial, l'hémisphère gauche tout entier, les deux hémisphères, la protubérance, sans observer de modification dans le tic dont l'animal était atteint. Seule la destruction des noyaux bulbaires du facial a déterminé la suppression du tic, alors que la respiration et la circulation continuaient encore. Dans ce cas, le tic de la face reconnaissait donc pour cause un trouble fonctionnel des noyaux d'origine de la septième paire.

C. GIRAUDEAU.

I. — Hereditary infantile spastic paraplegia, par Samuel GEE (*St Barth. Hosp. Rep. XXV, p.* 81, 1889).

II. — On hereditary progressive muscular atrophy, par Howard TOOTH (*Ibidem, XXV, p.* 141).

III. — The peroneal form of progressive muscular atrophy, par B. SACHS (*Brain, p.* 447, *janvier* 1890).

IV. — Étude clinique et expérimentale sur les amyotrophies réflexes d'origine articulaire, par René DEROCHE (*Thèse de Paris*, 1890).

I. — Gee publie l'histoire intéressante d'une famille composée du père et de deux enfants atteints de paralysie spastique des membres inférieurs avec atrophie des membres supérieurs. En voici le résumé :

1° Thomas G..., tailleur, âgé de 37 ans, n'a jamais marché facilement : à 17 ans, ulcère perforant du pied droit, à 23 ans, même lésion à gauche.

Etat actuel : membres inférieurs en flexion, avec notable contracture : pied bot valgus, exagération des réflexes : sensibilité faradique et galvanique diminuée : pas d'atrophie musculaire.

Membres supérieurs vigoureux, mais début d'une atrophie des muscles interosseux et des muscles de l'éminence thénar : réaction de dégénérescence.

2° Helda G..., 12 ans, fille du précédent, n'a jamais bien marché. Membres inférieurs en adduction, presque croisés, pied bot valgus ; sensibilité conservée, réflexes exagérés, pas d'atrophie ; aux membres supérieurs, atrophie commençante des muscles de la main.

3° M..., 11 ans, a marché à 2 ans et demi, mais a cessé de le faire depuis 3 ans, à la suite d'une coqueluche. Jambes croisées en adduction, pied bot valgus, exagération des réflexes tendineux, pas d'atrophie.

Aux membres supérieurs, pas d'atrophie, mais un même degré de contracture et tendance à la déformation en griffe des mains. H. R.

II. — Tooth rapporte un nouvel exemple de la forme d'atrophie musculaire progressive qui débute par les membres inférieurs, et qui, d'abord signalée par Leyden, a été depuis décrite par Charcot, Marie, Herringham, Sachs, etc. Il résume en quelques lignes les caractères principaux de cette maladie.

a) Début par les muscles du mollet ou les péroniers.

b) Envahissement secondaire, mais précoce, des muscles de la main et de l'avant-bras.

c) Début de l'affection dès l'enfance et influence de l'hérédité.

d) Prédominance chez les garçons.

e) Présence fréquente, mais non constante du tremblement fibrillaire et précocité des signes électriques de dégénérescence.

f) Les autopsies jusqu'ici ont révélé l'existence d'une névrite indépendante de lésions spinales ou musculaires.

Le cas actuel a trait à une femme de 35 ans, qui, 5 ans auparavant, éprouve de la faiblesse des membres inférieurs et peu après de l'atrophie du mollet et des péroniers, d'abord dans la jambe gauche, puis dans la droite : ultérieurement, une atrophie similaire des muscles postérieurs de la cuisse. Aux membres supérieurs un peu de faiblesse de la main et de l'avant-bras, sans tremblement fibrillaire ni réaction de dégénération. Père et mère sains : un frère affecté de la même névrose. H. R.

III. — Sachs publie deux cas d'atrophie musculaire progressive à tendance héréditaire, débutant par les muscles péroniers. C'est la forme clinique décrite par Charcot et Marie, ainsi que par Tooth et Hoffmann (*Arch. f. Pych.*, XX, 1889).

1° Enfant de 13 ans, atteint de genu valgum et de cyphose lombo-sacrée : cuisses bien développées, mais muscles péroniers atrophiés. On lui sectionne les tendons d'Achille, ce qui ne l'empêche pas de revenir huit mois après avec un double pied bot varus équin. Nouvelle opération, avec division de l'aponévrose plantaire. On constate cette fois l'atrophie de la plupart des muscles de la jambe et d'une partie de ceux de la cuisse. Pas d'altération musculaire au tronc et aux membres supérieurs, pas de tremblement fibrillaire. Réaction faradique et galvanique diminuée pour les muscles malades ;

2° Frère du précédent, atteint comme lui de double pied bot varus équin, avec rétraction de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille. Comme pour le premier malade, il fallut deux opérations successives pour remédier imparfaitement à cette difformité.

On constate chez lui non seulement une atrophie musculaire extrême des muscles des membres inférieurs, mais un affaiblissement et un début d'atrophie de ceux du tronc et des membres supérieurs. Réactions électriques nulles à la jambe, affaiblies aux bras : réaction de dégénérescence.

L'auteur fait une monographie de cette variété d'atrophie d'après les quelques cas connus. C'est avec la névrite multiple qu'on peut la confondre de préférence : mais dans cette dernière affection, la douleur, le long des trajets nerveux, joue un rôle prépondérant ; l'atrophie est plus rapide et les déformations de pied bot plus rares : enfin il n'y a pas d'influence héréditaire. L'absence d'hypertrophie distingue cette forme des myopathies primitives : enfin, la poliomyélite, qui a des symptômes presque identiques, commence presque toujours par les membres supérieurs. H. R.

IV. — L'auteur, après un long et complet historique de la question, s'appuyant sur les travaux de Charcot, Vulpian, etc., et sur trois intéressantes observations personnelles, fait l'histoire clinique de l'amyotrophie consécutive aux lésions articulaires. Marche rapide de l'atrophie, prédominance sur les extenseurs, état spasmodique des muscles, tels en sont les caractères principaux. En ce qui concerne la pathogénie, il admet la théorie de Vulpian, défendue aujourd'hui également par Charcot. Il s'agit d'une amyotrophie réflexe dont le point de départ est le rameau nerveux sensitif articulaire, l'intermédiaire la moelle et l'aboutissant le rameau moteur centrifuge. Pour démontrer cette pathogénie, il reproduit des expériences inédites de Raymond et Onanoff, qui consistent à sectionner les racines postérieures d'un côté à un animal et de lui faire ensuite deux arthrites symétriques (genou, par exemple). Du côté où les nerfs centripètes ont été séparés de la moelle par section des racines postérieures, l'amyotrophie ne se produit pas. C'est la meilleure démonstration du mécanisme ci-dessus énoncé. GEORGES GUINON.

Ueber den Pulsus differens... (Sur l'inégalité des pouls radiaux et sa signification dans les maladies de la crosse de l'aorte), par v. ZIEMSSEN (*D. Arch. f. klin. Med., XLVI, p.* 285).

On sait que dans les lésions de la crosse de l'aorte, et en particulier dans les anévrismes, le pouls, d'un côté, est souvent plus faible que celui de l'autre côté. La palpation digitale, et mieux encore le tracé sphygmographique indiquent nettement cette différence. Le présent mémoire de Ziemssen, basé sur 8 observations, a pour but de démontrer que la faiblesse de l'onde systolique, dans une artère radiale, a pour cause le rétrécissement de la sous-clavière au niveau de son origine. L'existence de ce rétrécissement est rendue plus certaine encore par un affaiblissement analogue de la pulsation carotidienne du même côté. La rigidité de l'artère contribue avec le rétrécissement de l'embouchure, ou d'une partie voisine, à modifier la pulsation radiale et son tracé.

Souvent, dans ces conditions, il semble y avoir un certain retard du pouls le plus faible, sur celui du côté opposé. Des tracés sphygmographiques pris d'une façon synchrone montrent bien que ce n'est là qu'une apparence. Du côté du pouls affaibli, la ligne d'ascension est oblique, et le sommet de l'onde se trouve en retard sur le sommet de l'onde du côté opposé qui présente, au contraire, une ligne d'ascension verticale. Le retard ne porte donc que sur le sommet de l'onde et non sur le début de cette onde elle-même. Marey était arrivé déjà à la même conclusion.

Le rétrécissement de l'origine des artères au niveau de la crosse aortique est due, le plus souvent, à la lésion artérite ou athérome, qui provoque la dilatation simple ou anévrismale de la crosse de l'aorte; mais le mécanisme du rétrécissement peut être différent : il peut y avoir compression par le sac anévrismal ou par une tumeur médiastinale.

A. MATHIEU.

I. — Paroxysmal beating of the heart (Tachycardie paroxystique), par Samuel WEST (*Brit. med. j., p.* 605, *mars* 1890).

II. — Ueber Bradycardie, par RIEGEL (*Deutsche med. Woch., n°* 16, *p.* 342, 1890).

III. — A contribution to the study of Cheyne-Stokes breathing, par Dixon MANN (*Brain, p.* 178, *juillet* 1890).

I. — West rapporte des exemples de ces crises subites qui atteignent le cœur en développant une accélération excessive des battements. Le plus ordinairement les malades guérissent; ils peuvent cependant succombler avec les signes de l'asystolie : ce ne sont donc pas toujours des cas comparables.

1er cas. Homme de 23 ans, atteint de palpitations : le cœur bat 200 fois par minute, sans qu'il y ait ni cyanose, ni dyspnée (24 resp.), ni souffle cardiaque. Le lendemain de la crise, tous ces accidents cèdent à l'administration du nitrite d'amyle.

2° Un homme de 32 ans est à l'hôpital en état de collapsus, avec 300 battements de cœur à la minute : le début avait été brusque, avec une vive douleur. Respiration 18 : pas de souffle. Après l'administration

du nitrite d'amyle, le pouls tombe à 88, et on entend un souffle. Déjà le malade avait eu deux crises analogues.

3° Une jeune femme de 26 ans est prise, en marchant un peu vite, de palpitations et de douleur précordiale avec pouls incomptable. Elle reste deux mois à l'hôpital et a pendant cette période une série de crises analogues, sans lésions valvulaires appréciables.

Il paraît probable que ces crises de tachycardie constituent tantôt un simple trouble fonctionnel d'origine nerveuse, tantôt traduisent une lésion du myocarde, parfois même une rupture valvulaire, comme l'a vu Gilbart Smith. Outre le nitrite d'amyle, l'iodure de potassium et la belladone rendent en pareil cas des services. H. R.

II. — L'auteur admet la bradycardie ou ralentissement du cœur dès que le nombre des contractions cardiaques est inférieur à 60. On ne doit pas confondre la bradycardie avec le ralentissement du pouls, car le nombre des pulsations radiales n'est pas toujours égal à celui des systoles cardiaques.

La bradycardie peut être physiologique : dans les suites de couches on doit l'attribuer à la fatigue du cœur, lequel se repose du grand effort qu'il a fourni pendant la grossesse, et la comparer à celle des convalescents. Elle se produit aussi chez les jeûneurs.

La bradycardie pathologique s'observe dans les maladies des voies digestives : dilatation de l'estomac, ulcère, etc. On sait du reste que les excitations électriques, thermiques et mécaniques de l'estomac ralentissent le cœur et augmentent la pression sanguine.

Elle peut être symptomatique des affections des organes respiratoires, spécialement de l'emphysème pulmonaire. Einbrodt et Ludwig, en comprimant l'air dans les poumons, ont déterminé le ralentissement du cœur. Même résultat dans les expériences de Traube par l'accumulation de CO^2 dans le sang. PLICQUE.

III. — Mémoire intéressant et très étudié, qui résume toutes nos connaissances actuelles sur le phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes.

Le malade de Dixon Mann est un homme de 70 ans, atteint d'hypertrophie cardiaque avec souffle mitral depuis 1880. En 1887 hémiplégie droite incomplète et aphasie transitoire ; nouvelle aggravation de l'hémiplégie en août 1888, avec aphasie absolue quinze jours plus tard, il commence à présenter le phénomène de Cheyne-Stokes, sans albuminurie, ni excès de tension vasculaire, ni irrégularités du pouls. Cet état de choses dura jusqu'au 11 octobre 1889, c'est-à-dire pendant 417 jours, sans qu'aucun traitement (nitrite d'amyle, pilocarpine, strychnine, etc.), amenât aucun changement dans le mode respiratoire.

L'autopsie montra une dégénérescence calcaire de toutes les artères de la base du cerveau, sans foyer de ramollissement, mais de la dilatation des ventricules cérébraux. L'examen histologique du bulbe fit voir une dégénérescence du tractus pyramidal et une congestion capillaire notable au niveau des noyaux du spinal et du pneumogastrique.

L'auteur passe en revue toutes les théories écrites sur la respiration de Cheyne-Stokes, ainsi que les données physiologiques sur les centres respiratoires. Il arrive à conclure que, dans son cas, le phénomène de Cheyne-Stokes ne dépendait pas d'un trouble humoral, ni de l'accumulation de l'acide carbonique, non plus que des conditions mécaniques de la circulation ou de la tension artérielle. Il n'admet pas qu'il s'agisse là d'une

intoxication, mais plutôt de phénomènes d'inhibition d'origine centrale, dont le mécanisme est encore obscur et qui ne trouvent pas leur explication dans les lésions anatomiques. H. R.

L'œdème aigu ou suraigu du poumon dans les affections de l'aorte, par HUCHARD (*Soc. méd. des hopitaux*, 18 *avril* 1890).

Huchard a observé un certain nombre de malades atteints d'affections aortiques (aortite aiguë, subaiguë ou chronique avec ou sans angine de poitrine) chez lesquels se produisaient avec une grande rapidité des phénomènes dyspnéiques, arrivant à l'asphyxie, avec production de râles fins, crépitants, très abondants. L'autopsie, dans un cas, lui amontré qu'il n'y avait pas de congestion, mais un œdème intense, et à la coupe un liquide aéré spumeux sortait comme un ruissellement de sérosité. — Pendant l'épidémie de grippe, il a observé plusieurs cas analogues chez des malades atteints de sclérose aortique avec ou sans complication de sclérose rénale. Dans les cas suraigus, l'œdème s'annonce par une toux incessante, une dyspnée croissant de minute en minute ; la face est livide, les extrémités cyanosées ; le malade peut succomber en 1 à 2 quarts d'heure. Dans les cas aigus, les allures sont moins foudroyantes; il y a une pluie de râles crépitants remplissant toute la poitrine, râles humides, vésiculaires, à bulles fines, distinctes, coexistant avec l'inspiration seulement. L'expectoration est abondante, aérée, rosée, albumineuse, absolument comme dans le cas d'expectoration albumineuse après une thoracentèse trop copieuse. Cependant la sonorité de la poitrine est augmentée. Le malade peut résister à la crise, quelquefois au début de la crise; souvent, dans son cours, il y a une chute considérable de la tension artérielle. Alors l'expectoration s'arrête, le diaphragme se paralyse.

Huchard conseille l'emploi de larges saignées, l'électrisation du nerf vague et les injections sous-cutanées de caféine et de strychnine. H. L.

On obstruction of the inferior vena cava, par William Henry BATTLE (*St-Thomas's hosp. Rep.*, *XVII*, *p.* 49).

Battle passe en revue les diverses causes qui amènent l'oblitération de la veine cave inférieure; pyohémie, septicémie puerpérale, compression par une tumeur du foie (Wilk, Little) ou du rein (Turner) ou des ganglions lombaires.

Il rapporte une observation personnelle concernant une jeune fille chlorotique qui, spontanément, sans autre cause que du surmenage, est prise de phlébite de la veine crurale gauche, laquelle se propage aux veines du petit bassin, puis à la crurale droite, finalement à la veine cave inférieure en donnant lieu à une énorme dilatation des veines superficielles de l'abdomen. Simultanément surviennent des maux de tête, des vomissements et du coma. On constate à l'autopsie une thrombose des veines iliaques et de la veine cave inférieure et une thrombose du sinus longitudinal.

Une seconde observation est caractérisée par la présence d'une énorme dilatation des veines du bas ventre et de la cuisse, accompagnée de gangrène du pied gauche, nécessitant l'amputation. Le malade guérit. H. R.

Sur un état peu connu des veines périphériques (induration chronique), par DUPONCHEL (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *février* 1890).

Duponchel rapporte brièvement trois observations de jeunes soldats ayant

présenté une induration des veines, qui les transforme en cordon dur, résistant, à la façon d'une artère athéromateuse, soulevant parfois la peau et roulant sous les doigts comme un tuyau de pipe.

Dans les deux premiers cas, il s'agissait de cavaliers qui éprouvaient de vives douleurs dans les cuisses, surtout étant à cheval; les deux saphènes internes étaient prises. Pas d'œdème des jambes, pas de varices.

Dans le troisième cas, on trouva presque toutes les veines des membres supérieurs transformées en cordons durs, basiliques, médianes, brachiales internes; on pouvait retrouver ces indurations atténuées sur le dos des mains. Aux jambes, les saphènes internes étaient prises. Dans aucun cas, il n'y avait d'oblitération veineuse. H. L.

I. — The mortality of acute lobar pneumonia, par TOWNSEND et COLERIDGE (1 *vol. Philadelphie*, 1890).

II. — La pneumonie étudiée chez le vieillard dans ses rapports avec les variations de la température, par F. PARISOT (*Revue méd. de l'Est, n° 8, p. 225*, 1890).

III. — Di una rarissima complicazione della pneumonite fibrinosa..., par A. TESTI (*La Riforma medica, 3 décembre* 1889).

IV. — Etude sur l'adénopathie trachéobronchique de la pneumonie, par W. CARRASCO (*Thèse de Paris*, 1890).

I. — Ouvrage basé sur une statistique de 1000 cas de pneumonie aiguë traités à l'hôpital général de Massachusetts de 1882 à 1889. Voici les conclusions :

1. La mortalité totale est de 25 0/0.

2. La mortalité s'est graduellement accrue de 10 0/0 dans la première décade, à 28 0/0 dans la dernière.

3. Les raisons de cet accroissement de mortalité sont : la prédominance de personnes âgées et la fréquence des complications dues à l'alcoolisme, plutôt que les modifications apportées au traitement. Cependant il est juste de dire que dans les quinze premières années les antiphlogistiques étaient unanimement employés, tandis que maintenant les toniques et l'expectation prédominent, ce qui ne serait guère à l'actif des méthodes modernes. H. R.

II. — L'examen des statistiques indiquant le nombre des cas de pneumonie aux différents mois de l'année et aux différents âges montre que la cause immédiate de cette maladie ne peut être recherchée dans l'action de la température. L'influence médiate du froid est très nette chez le vieillard, bien plus sujet à la pneumonie pendant l'hiver. Chez l'adulte et l'enfant, l'influence de la température est moins nette; le chaud et le froid semblent chez eux favoriser d'une manière à peu près égale l'action du pneumocoque. LEFLAIVE.

III. — Homme de 23 ans, atteint de pneumonie du sommet, avec phénomènes généraux graves, qui avaient été suivis de défervescence incomplète; nouvelle élévation thermique accompagnant le développement d'abcès dans la région scapulaire gauche, puis gonflement rapide et considérable de la parotide droite; ouverture de l'abcès parotidien; développement d'une pleurésie purulente; mort trois semaines après le début de la pneumonie. Le pus de la parotide, celui des abcès sous-cutanés, de la plèvre et le suc pulmonaire renfermaient une grande quantité de pneumocoques.

GEORGES THIBIERGE.

IV. — L'adénopathie trachéo-bronchique qui accompagne la pneumonie est connue depuis Grisolle au point de vue anatomo-pathologique. Récemment, on a réussi à y trouver les pneumocoques. Cette lésion n'en passe pas moins complètement inaperçue au point de vue clinique.

Chez les enfants, elle est cependant assez facile à constater, tant à cause de la minceur des parois thoraciques qu'à cause de l'intensité des réactions lymphatiques à cet âge. Le diagnostic en est facile en s'aidant des signes donnés par G. de Mussy, avec cette différence qu'ils ne se rencontrent que d'un côté. La lésion n'a pas d'importance aux points de vue pronostic et traitement; sa résolution est rapide.

LEFLAIVE.

Remarks on the non tubercular... (Remarques sur les hémoptysies qui surviennent chez les personnes âgées, en dehors de la tuberculose et des affections cardiaques), par Andrew CLARK (*Brit. med. j., p.* 909, 26 *octobre* 1889).

Relation de deux cas d'hémoptysie mortelle chez des sujets ayant dépassé la soixantaine, non tuberculeux et sans affection cardio-aortique. De l'examen anatomique du poumon chez ces deux malades, Clark tire les conclusions suivantes :

1° Il existe chez les personnes âgées, en dehors des lésions classiques du cœur et du poumon, des hémoptysies qui proviennent d'altérations structurales des petits vaisseaux terminaux des alvéoles pulmonaires.

2° Ces altérations, qui se rencontrent de préférence chez les arthritiques, ne diffèrent en rien de celles de l'artério-sclérose, et sont liées à l'emphysème pulmonaire.

3° Cliniquement ces hémoptysies ont une grande tendance à se répéter, souvent avec une grande abondance; elles peuvent entraîner la mort sans que rien indique une altération du cœur et de l'aorte.

4° Au point de vue thérapeutique, cette variété d'hémoptysie est aggravée par l'usage des astringents, par les applications de glace sur la poitrine et par l'abus des boissons, en rapport avec la soif des malades.

5° Le traitement le plus efficace en apparence consiste dans le repos absolu et le régime, la suppression presque complète des boissons, l'usage de l'opium pour arrêter la toux. On se trouve bien du calomel et de l'iodure de potassium, et surtout des révulsifs répétés. H. R.

On pneumothorax, par EWART (*Brit. med. j., p.* 1098, *novembre* 1889).

Cette note renferme quelques points intéressants au sujet de la pression des gaz dans la plèvre et de leur composition. Avant la ponction, la pression du gaz pleural, mesurée au manomètre, était égale à celle de l'atmosphère, et il n'y avait pas d'oscillation respiratoire : pendant les quintes de toux, elle s'élevait à 12 pouces d'eau. L'air renfermait 3,5 0/0 d'oxygène, 17,4 d'acide carbonique et 79,1 d'azote.

L'auteur attire l'attention sur les états de pression considérables qui se produisent pendant la toux, et sur les différences d'absorption des gaz selon l'état de la plèvre.

Au point de vue clinique de l'opportunité de la paracentèse, il divise les cas de pneumothorax en trois groupes :

1° Cas où la dyspnée est urgente, où le malade étouffe : l'opération est

indiquée pour soulager momentanément, et ramener le cœur à sa position normale.

2° Cas à pronostic douteux. La paracentèse sert alors de moyen de s'assurer : *a*) si la perforation pulmonaire est guérie; *b*) si elle est petite ou grande.

3° Cas où une tentative antérieure a montré que la perforation est petite ou valvulaire, et que la ponction peut être répétée après un repos momentané du poumon. H. R.

Pneumothorax survenu dans le cours d'un accès d'asthme et guéri par la thoracentèse, par TROISIER (*Soc. méd. des hopitaux*, 25 *octobre* 1889).

Une femme de 27 ans, sujette aux crises d'asthme depuis 8 ans, était, le 25 juin, en proie à une dyspnée excessive, avec cyanose, expiration sifflante, quelques râles muqueux, expectoration abondante, spumeuse ; le 28 juin il y avait une fièvre intense; le 1er juillet on trouva un souffle amphorique et des tintements métalliques du côté gauche, quoiqu'il n'y eût pas d'hydrothorax ; le cœur était refoulé à droite du sternum ; le 2 juillet, la dyspnée et les signes de pneumothorax persistant, Troisier fit une ponction et retira 2 litres d'air environ ; il se fit un peu d'expectoration albumineuse; dès le lendemain il n'y avait plus aucun signe de pneumothorax, et la fièvre était tombée.

H. L.

I. — Utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes, par NETTER (*Soc. méd. des hopitaux*, 16 *mai* 1890).

II. — Présence du bacille en capsule de Friedländer dans l'exsudat de deux pleurésies purulentes. Considérations générales sur le rôle pathogène de ce bacille, par NETTER (*Ibidem*, 30 *mai* 1890).

III. — Du traitement et de la prophylaxie de la pleurésie purulente, par LAVERAN (*Ibidem*, 23 *mai* 1890).

IV. — Pleurésie interlobaire gauche suppurée causée par le bacille en capsule de Friedländer, par LETULLE (*Idem*, 30 *mai* 1890).

V. — The relation of subdiaphragmatic abcess... (Abcès sous-diaphragmatiques), par J. William WHITE (*Brit. med. j.*, *p.* 1002, 3 *mai* 1890).

VI. — Three cases of cerebral abcesses in empyema, par W. HADDEN (*St Thomas's hosp. Rep.*, *XVII*, *p.* 71.)

I. — Le travail de Netter repose sur l'examen bactériologique de 109 cas; il a fait l'examen microscopique et les cultures dans tous les cas, presque toujours les inoculations. Il admet l'existence de 4 espèces principales de pleurésies : le streptocoque pyogène (51 cas), le pneumocoque (32), les organismes saprogènes (pleurésies fétides, 15 fois), le bacile de Koch (12 fois). Le streptocoque de ces pleurésies est identique au streptocoque pyogène de Rosenbach.

Les staphylocoques pyogènes ne sont qu'exceptionnellement l'origine des suppurations des séreuses. Quand on ne trouve que le staphylocoque seul, il faut toujours penser au bacille de la tuberculose, plus difficile à reconnaître. Au pneumocoque et aux microbes pyogènes ressortissent plus des trois quarts des pleurésies purulentes.

Les conditions étiologiques de la pleurésie à streptocoque sont très

variables (grippes, broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire, otite, infection puerpérale, etc.).

La porte d'entrée du streptocoque a été l'appareil aérien, le tube digestif, l'appareil génital; un certain nombre de pleurésies à streptocoque sont au début seulement séro-fibrineuses. On sait que les streptocoques sont souvent présents, même à l'état normal, dans la bouche, le pharynx et les fosses nasales.

Pour la pleurésie à pneumocoques, les conditions étiologiques sont moins variées: primitive, 20 fois; consécutive à une pneumonie, 10 fois. Dans les cas de pleurésie putride, on trouve presque toujours des foyers de gangrène pulmonaire, on trouve des microbes présents dans la bouche, spirilles, leptothrix.

1° Pleurésies purulentes à pneumocoques. Netter a observé 28 cas chez l'enfant ; 15 fois ils étaient seuls ou joints au staphylocoque ; chez l'enfant, cette pleurésie a sensiblement la même fréquence que la pleurésie à streptocoque chez l'adulte et inversement. Etant donnée la bénignité des pleurésies purulentes à pneumocoques, Netter pense qu'il convient de se borner à évacuer le pus de la manière la plus simple, par une ponction. Les vomiques sont fréquentes, 26,2 0/0. Quand l'épanchement est cloisonné il faut recourir à la thoracotomie ; de même si l'épanchement se reproduit très rapidement malgré des ponctions répétées;

2° Pleurésies purulentes à streptocoques. C'est le microbe de la plupart des pyohémies. Il faut recourir à la thoracotomie le plus tôt possible ; il faut en outre détruire les microbes infiltrés dans les parois de la cavité ; d'où la nécessité d'agents antiseptiques. Netter recommande le lavage avec le sublimé, puis de l'enlever en faisant passer une quantité au moins double d'eau bouillie.

3° Pleurésies putrides. Ici il faut recourir à l'intervention chirurgicale et laisser les drains plus longtemps à demeure.

4° Pleurésies tuberculeuses. Netter entend sous ce nom les suppurations liées à la tuberculose pleurale, et non celles qui peuvent s'observer au cours de la tuberculose pulmonaire. Elles sont souvent latentes, ont une marche insidieuse. La survie peut être longue au moyen de ponctions répétées, et les malades tuberculeux supportent mal la thoracotomie.

II. — Netter a vu seulement deux fois le bacille de Friedlænder sur 113 cas de pleurésie purulente. Dans le premier cas, il s'agissait d'un tuberculeux atteint de pneumothorax ; la culture sur plaques de gélatine montra en sus de ce bacille l'existence de deux variétés de staphylococcus, mais les bacilles étaient beaucoup plus nombreux ; le cas prouve seulement la possibilité de l'existence de ce bacille dans une pleurésie purulente, mais ne prouve pas qu'il puisse l'engendrer à lui tout seul. Dans le second cas, il s'agissait d'une pleurésie interlobaire accompagnée de vomiques ; le pus inodore jaune contenait nombre de bacilles de Friedlænder, et aucun autre micro-organisme. Le malade guérit complètement.

L'existence de pleurésies purulentes dues au bacille encapsulé n'est pas surprenante. Le pus, dans ces cas, a une viscosité toute spéciale ; en général, alors, les pleurésies purulentes sont consécutives à des inflammations purulentes peu étendues et souvent inaperçues; ce bacille amène

souvent des broncho-pneumonies que l'on peut trouver à l'état normal dans la cavité bucco-pharyngée (4 à 5 0/0). Netter rapporte les localisations variées que peut affecter ce bacille, avec symptômes souvent très graves (méningite, endocardite ulcéreuse, otite moyenne, pyélonéphrite, etc.). H. L.

III.— Laveran rapporte l'observation d'un malade atteint de pleurésie purulente au cours d'une pneumonie grippale : le 15 février, on retire 1200 grammes de pus à streptocoques, le 28 février 600 grammes de pus de même nature et injection de 400 grammes d'une solution de crésyl à 4 0/0 qu'on laisse dans la plèvre ; le 13 mars, troisième ponction, on retire 1200 grammes de pus grisâtre, à odeur de crésyl, pas de streptocoques ; le 20 mars, quatrième ponction,on retire 1700 grammes de pus verdâtre, contenant quelques streptocoques ; le 27 mars, empyème suivi de guérison.

Laveran ajoute que pendant qu'il soignait plusieurs cas de pleurésies purulentes, il y avait en même temps dans les salles des cas d'érysipèle de la face, et conseille d'éloigner les pleurétiques des malades suppurants ou atteints d'érysipèle, et de pratiquer des gargarismes antiseptiques. H. L.

IV. — Il s'agit d'un homme de 30 ans qui, à la suite d'une grippe, fut pris des signes de pleurésie interlobaire et de vomiques abondantes et prolongées pendant 15 jours ; la culture des crachats, faite dès le début à plusieurs reprises, montra l'existence d'un microbe ovoïde court, encapsulé, présentant par la culture tous les caractères du bacille de Friedlænder. Le malade guérit rapidement. H. L.

V. — White rapporte trois faits d'abcès sous-diaphragmatique d'origine différente.

a) Le premier est le résultat d'une suppuration hépatique étendue à la région sous-phénique. L'abcès du foie avait été ouvert le 1er février, quand trois semaines après, le malade paraissant guéri, un retour de fièvre eut lieu, accompagnée des signes d'une collection pleurale. L'épanchement, d'abord séreux, devint purulent, puis se compliqua d'un foyer d'hépatisation et de gangrène pulmonaire. Il fallut faire l'empyème, et le malade guérit difficilement.

b) Homme de 39 ans ; signes de dyspepsie, douleur épigastrique, vomissement ; urine purulente et albumineuse. 15 jours après, douleur vive du côté droit et sensation de rénitence au-dessous de la dernière côte : on diagnostique un abcès périnéphrétique qui est ouvert et drainé. Dix jours après, mort subite avec symptômes de collapsus cardiaque. On trouve à l'autopsie une collection sous-diaphragmatique partie du rein et ayant fusée dans le péricarde à travers le centre phénique.

3) Femme atteinte successivement de pyélonéphrite celluleuse, de périnéphrite sous-diaphragmatique, finalement de pleurésie par propagation localisée au cul-de-sac postérieur pleural. Mort d'anémie : les deux reins sont désorganisés.

Suivent un certain nombre de faits empruntés aux auteurs anglais. L'auteur ne connaît pas les travaux de Foix et de Deschamps. H. R.

VI. — 1° Homme de 27 ans, atteint d'une pleurésie purulente chronique avec fistule pleuro-bronchique, empyème. Les suites immédiates sont régulières, mais la température est élevée, et le pus garde une odeur fétide en dépit des lavages. Des vomissements incessants surviennent, accompagnés de céphalée, pendant près de trois semaines, puis brusquement se produisent des attaques épileptiformes suivies d'une hémiplégie gauche. Mort dans le coma huit jours après.

On trouve à l'autopsie un poumon sclérosé, des bronches dilatées, une plèvre épaissie et malade, mais non tuberculeuse ; un abcès occupe la subs-

tance blanche cérébrale sous-jacente aux circonvolutions frontales supérieures et moyennes du côté droit. Le pus de cet abcès est fétide comme celui de la plèvre.

2° Homme de 28 ans ; en 1883, pleurésie séreuse, ponctionnée une première fois : deuxième ponction en janvier 1884, puis empyème. Six mois après il quitte l'hôpital avec une fistule qui persiste jusqu'en 1886. A cette date, retour d'accidents aigus et d'un épanchement purulent. On chloroformise le malade et on dilate le trajet fistuleux : la côte est réséquée et la cavité pleurale drainée largement. Amélioration notable les jours suivants, mais bientôt le malade devient triste, commence à délirer, puis se paralyse du bras gauche : la paralysie gagne ensuite la face et la jambe gauche. Mort cinq jours après.

On trouve, comme précédemment, le poumon atélectasié, non tuberculeux, la plèvre épaissie, les reins et le foie stéatosé. Un abcès volumineux enkysté occupe l'hémisphère droit juste en arrière de la scissure de Rolando et a détruit les fibres qui relient les circonvalutions motrices aux corps opiostriés.

3° Garçon de 4 ans ; pleurésie purulente consécutive à une scarlatine, empyème. Au cour de ce traitement, apparition de vomissements ; coma et mort. On trouve un abcès localisé au lobe frontal gauche.

Des fait analogues ont été publiés par Robinson et West : l'auteur les regarde comme le résultat d'une infection septique partie de la plèvre, tout en reconnaissant que les signes de la pyohémie font toujours défaut en pareil cas. H. R.

I. — Etude sur la pathogénie des troubles nerveux d'origine gastrique en général et en particulier sur la paralysie bulbaire consécutive à la névrite ascendante du pneumogastrique, par CUFFER (*Revue de médecine, p.* 281, 10 *avril* 1890).

II. — Beitrag zur modernen Diagnostik der Magenkrankheiten, par LENHARTZ (*Deutsche med. Woch., n°* 6, *p.* 101, 1890).

III. — Salzsäure Secretion des verdauen der Magens (Sécrétion de l'acide chlorhydrique par l'estomac en digestion), par JAKSCH (*Zeitschrift für klin. Medicin, Band XVII, p.* 392).

IV. — Ueber die Fermente des Magens, par JOHANNESEN (*Zeitschrift für klin. Medicin, Bd. XVII, p.* 304).

V. — Nervose Dyspepsie, par HERZOG (*Zeitschrift für klin. Medicin, Bd. XVII, p.* 321).

VI. — Ueber Enteroptose und Wanderniere, par C. A. EWALD (*Berlin. klin. Woch., n°* 12, *p.* 277, *et n°* 13, *p.* 304, 24 *et* 31 *mars* 1890).

VII. — Discussion de la Société médicale de Berlin sur la maladie de Glénard et le rein mobile (*Ibidem, n°* 15, *p.* 346, 14 *avril, n°* 18, *p.* 412, *et n°* 19, *p.* 435, 5 *et* 12 *mai* 1890).

VIII. — Gastric ulcer..., par BARTON (*Brit. med. j., p.* 1013, 8 *mai* 1890).

X. — Ueber periodische Neurosen des Magens, par J. BOAS (*Deutsche med. Woch., n°* 42, *p.* 864, 1889).

X. — Ueber ein rhythmisches Klanzphänomen des Magens (Bruit gastrique rythmique), par LAKER (*Wien. med. Presse, n°* 43, *p.* 1681, 1889).

XI. — Etude sur le carcinome métastatique de l'estomac, par John S. ELY (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 584, *juin* 1890).

I. — Dans les affections gastriques, on doit distinguer deux sortes de phénomènes nerveux : les uns, intermittents, passagers, rentrent dans la catégorie des troubles réflexes (troubles respiratoires, cardiaques, vasomoteurs); les autres, permanents, dépendent d'une lésion véritable du bulbe; myélite bulbaire consécutive à une névrite ascendante du nerf pneumogastrique, névrite prenant son point d'origine au niveau de la lésion de l'estomac; cette myélite se manifeste par le syndrome plus ou moins complet de la paralysie labio-glosso-laryngée.

Les troubles passagers, d'ordre réflexe, n'offrent pas par eux-mêmes une grande gravité, sauf les cas, rares d'ailleurs, où le cœur dilaté ne peut plus échapper à l'asystolie. Les troubles permanents sont, au contraire, d'une gravité exceptionnelle, car ils indiquent l'existence d'une lésion du bulbe rachidien, dont les conséquences sont fatalement mortelles.

Trois observations sont annexées à ce travail; dans deux d'entre elles la mort fut la conséquence de ces troubles bulbaires. La malade qui fait l'objet de la troisième observation vivait encore au moment de la publication de ce mémoire. Dans les deux cas suivis de mort, l'autopsie ne put être faite; mais dans un cas de cancer de l'estomac ne s'étant pas accompagné du troubles bulbaires, P. Cuffer constata sur le tronc du pneumogastrique des lésions inflammatoires très nettes, remontant à plus de dix centimètres au-dessus du cardia. L'auteur constate cette névrite comme l'ébauche de lésions inflammatoires qui, dans certains cas, peuvent remonter jusqu'au bulbe. C. GIRAUDEAU.

II. — Au point de vue de l'HCl libre trouvé dans le contenu de l'estomac, il faut diviser les dyspepsies en aiguës et chroniques. Dans les premières, l'absence d'HCl est beaucoup plus fréquente que dans les autres (77,5 0/0 des cas au lieu de 48 0/0).

L'auteur est en désaccord avec la plupart des médecins pour ce qui concerne les dyspepsies chroniques. On admet généralement là l'hyperacidité, tandis qu'il ne l'a constatée que dans 20 0/0 des cas (51 fois sur 234 malades), et le chiffre de 48 0/0 pour l'absence ou la diminution notable de l'HCl sera considéré comme très élevé si on le compare aux chiffres fournis par les auteurs.

Chez les chlorotiques, le chiffre de 46 0/0 est obtenu aussi bien dans la dyspepsie aiguë que dans la dyspepsie chronique. Chez ces malades l'hyperacidité est rare. Si donc l'ulcère de l'estomac survient, ce n'est pas à l'hyperacidité qu'il faut l'attribuer.

Dans l'ulcère de l'estomac, les résultats de l'analyse sont plus variables que ne l'admet Riegel. Plusieurs expérimentateurs, Ritter et Hirsch, Gerhardt, Rosenheim, ont vu souvent manquer l'hyperacidité. Lenhartz constate aussi qu'elle est relativement rare et même, comme ces auteurs, il voit parfois l'HCl libre faire complètement défaut. L. GALLIARD.

III. — La quantité d'acide chlorhydrique augmente après l'ingestion de nourriture. Le maximum est atteint au bout d'une heure à trois heures environ. Cette augmentation n'est pas graduellement ascendante, mais offre, au bout d'une heure un quart, une heure et demie, deux heures,

des oscillations. La viande donne l'augmentation la plus rapide; les hydrocarbures — après un premier quart d'heure de production très intense d'HCl — l'augmentation — au point de vue de la quantité absolue, on trouve, en moyenne, 100 centimètres cubes 0gr,1615, après ingestion de lait, 0,gr1563 après ingestion de viande, 0gr1102 après ingestion d'hydrocarbures. Mais pour la rapidité de la digestion, la viande occupe le premier rang. En donnant, au lieu d'aliment, du thé léger ou de la saccharine, la sécrétion d'HCl est beaucoup moindre et peut même faire entièrement défaut. Ces substances ne sauraient donc servir pour étudier la composition du suc gastrique sécrété. A.-F. PLICQUE.

IV. — Les recherches de Johannesen ont porté sur 22 malades. 20 étaient atteints d'affections stomacales diverses (dilatation, gastrites aiguës, subaiguës, chroniques, hyperacidité, cancer, etc.); 2 n'offraient que des névralgies saturnines sans troubles stomacaux; les recherches faites sur eux servaient de contrôle. Il fut impossible de trouver une relation constante entre les divers ferments et, en particulier, entre ces divers ferments et la quantité d'acide chlorhydrique sécrété. Pourtant une hyperacidité du suc gastrique correspond d'ordinaire à une quantité normale de pepsine; le défaut d'acidité, au contraire, va souvent de pair avec une insuffisance de pepsine. Ce fait offre une certaine importance pratique. A.-F. PLICQUE

V. — 14 malades atteints de dyspepsie nerveuse furent examinés, tant au point de vue de la motilité de l'estomac que de la composition du suc gastrique. Voici les résultats obtenus :

1° Motilité affaiblie 9, dont 5 avec hyperacidité, 3 avec acidité normale, 1 avec défaut d'acidité,

2° Motilité normale 5 dont 3 avec hyperacidité, 1 avec acidité normale, 1 avec défaut d'acidité.

Les conditions, tant au point de vue de la composition chimique que de la motilité, sont donc très variables, et le diagnostic (en particulier avec le catarrhe) reste fort incertain. A.-F. PLICQUE.

VI. — Ewald reconnaît l'existence de la splanchnoptose décrite par Glénard (*R. S. M.* XXXIV, 314); mais, d'après ses observations, elle serait moitié moins fréquente que celui-ci ne le dit. De plus, il critique la valeur diagnostique des signes donnés par le médecin français. Pour lui, la corde colique transverse n'est, dans la grande majorité des cas, que le pancréas ou la portion horizontale inférieure du duodénum, devenus appréciables au palper dans certaines circonstances. Le côlon transverse ne forme de cordon appréciable qu'alors qu'il est rempli de scybales par suite de l'obstruction du côlon ascendant. Au surplus, ce qui montre bien que la corde colique transverse n'est pas le côlon transverse, c'est que quand on insuffle l'estomac, on ne peut plus la sentir, parce qu'elle s'enfonce au lieu de venir se placer en avant de la grande courbure et de descendre en même temps que l'estomac. Les pulsations aortiques ne sont pas davantage caractéristiques, car on les note dans tous les états morbides s'accompagnant d'amaigrissement et de flacidité des parois abdominales. Enfin, en admettant même l'abaissement de la courbe hépatique du côlon, il ne peut donner lieu à une stase des matières, puisque les mouvements de cet intestin restent libres.

Dans l'opinion d'Ewald, si l'entéroptose produit des troubles fonction-

nels intestinaux, c'est par voie réflexe : les tiraillements exercés sur les ligaments suspenseurs des différentes portions de l'intestin entraînent des troubles circulatoires dans les vaisseaux, des troubles moteurs dans la tunique musculeuse et des troubles sécrétoires dans la muqueuse.

Pour reconnaître une entéroptose, Ewald recourt à l'insufflation d'air tour à tour dans l'estomac et dans l'intestin.

Il évalue à 13 0/0 la proportion des malades atteints de splanchnoptose (abaissement simultané de l'estomac, des intestins, du rein et du foie), sans ventre pendant proprement dit.

Il traite cette affection par une ceinture qui comprime les viscères obliquement de bas en haut.

VII. — Litten établit une distinction entre le déplacement et la mobilité du rein : bien que les deux anomalies coexistent fréquemment, elles peuvent s'observer isolées. Aussi forme-t-il à cet égard les catégories suivantes :

1° Les déplacements simples des reins, beaucoup plus communément congénitaux qu'acquis, portent plus volontiers sur le rein gauche et se retrouvent avec une fréquence sensiblement égale dans les deux sexes. Il n'est pas rare non plus que les deux reins soient déplacés. En dehors du rein unique en fer à cheval, qui se rencontre le plus souvent, le rein déplacé peut se trouver soit immédiatement au-dessous de la bifurcation de l'aorte, soit au-dessus du promontoire, soit enfin au-dessus de la symphyse sacro-iliaque. En même temps, il y a presque constamment une anomalie dans l'origine ou le trajet de l'artère rénale, tandis que la capsule surrénale reste assez souvent dans la situation normale, sans suivre le rein correspondant dans son déplacement. Souvent aussi on note d'autres anomalies de développement, affectant surtout le gros intestin. Les reins déplacés congénitalement sont presque toujours fixés ; toutefois le rein en fer à cheval peut être mobile.

2° Les déplacements acquis des reins résultent principalement d'une augmentation morbide du volume des organes voisins (rate, foie, pancréas, capsule surrénale, etc.) ; alors les reins sont plus haut ou plus bas, plus près ou plus loin du rachis qu'à l'état normal. Les pièces de vêtements comprimant le thorax (corset, ceinture, etc.) paraissent jouer un rôle prédominant sur le déplacement acquis des reins en refoulant en bas le foie et avec lui le rein. Aussi ce déplacement est-il infiniment plus commun du côté droit et chez les femmes. Le plus souvent, alors, le rein est déplacé en bas et en dedans, et il peut devenir mobile.

3° Les reins migrateurs sont toujours congénitaux, ils sont caractérisés par la présence d'un méso. Habituellement l'individu présente en outre une largeur et une laxité insolites des replis, cul-de-sac et mésos péritonaux et une dilatation de l'hiatus de Winslow, due à la laxité du petit épiploon et du ligament hépatico-duodénal. Classiquement le rein migrateur est confondu avec le rein mobile, d'autant mieux que si le méso rénal est court et inextensible, les facultés d'excursion du rein sont très limitées. Il peut s'y associer ou non un déplacement permanent de l'organe. D'autre part, des adhérences périnéphrétiques peuvent fixer en place le rein migrateur. Litten a observé un rein en fer à cheval et déplacé de telle sorte qu'il s'étendait de l'aine droite à la branche horizontale du pubis correspondant.

4° Les reins mobiles peuvent être aussi déplacés ou non ; ils se rencontrent 82 fois sur 100 chez des femmes. Leurs mouvements peuvent être aussi étendus que ceux des reins migrateurs. Leur déplacement s'exécute généralement en bas et en dedans. C'est le plus souvent de vingt à trente ans qu'apparaît la mobilité des reins. Elle est causée le plus fréquemment par un corset, une ceinture, des liens de jupe. Von Fischer-Benzon (*Thèse inaugurale, Kiel*) a constaté 11 fois l'existence d'un sillon d'étranglement du foie sur 21 cas de rein mobile. Une autre cause assez commune est l'entéroptose. Puis viennent la disparition du tissu de la capsule adipeuse, celle du tissu graisseux périnéphrétique, l'augmentation de volume du foie, les prolapsus utérins et vaginaux, les cancers et rétroflexions de l'utérus, les hernies, la laxité du péritoine, l'affaiblissement et le relâchement des parois abdominales, le soulèvement de lourds fardeaux, la toux, les grossesses répétées avec vomissements, les traumatismes compliqués de violents ébranlements, etc.

Landau rappelle que l'entéroptose simple a été signalée dès le siècle dernier par Sandifort, de Haen ; dans ce siècle même par Esquirol, Annesley, Engel, Frerichs, etc. Lui-même a mentionné l'abaissement et l'incurvation dans ses monographies sur le rein flottant et le foie mobile. Mais ni Glénard ni aucun autre n'ont démontré que l'entéroptose soit une affection indépendante, une entité morbide. Pour Landau, il s'agit là d'un état secondaire à toutes les causes qui augmentent la capacité de la cavité abdominale et, en première ligne, à la perte d'élasticité, au relâchement des parois abdominales, dont le degré le plus intense constitue le ventre pendant. Au point de vue thérapeutique, il n'est nullement oiseux d'établir que la splanchnoptose n'est pas une affection primitive, car, s'il en était ainsi, on serait toujours conduit à préconiser la fixation du côlon transverse abaissé pour mettre fin aux troubles fonctionnels, ainsi qu'on l'a trop longtemps fait sur le rein mobile.

Au dire de Senator Vötsch, a décrit, dès 1874, dans son travail sur les coprostases, les conséquences mécaniques résultant du prolapsus du côlon.

Pour le traitement de la maladie de Glénard, Zabludowski recommande le massage abdominal pratiqué dans l'attitude génu-cubitale des malades avec les deux mains, d'abord transversalement, puis longitudinalement. J. B.

VIII. — Fait intéressant d'ulcère guéri malgré une perforation.

Femme de 39 ans, atteinte d'ulcération gastrique indubitable depuis 4 ans, à plusieurs reprises. Le 16 janvier, hématémèse, douleur épigastrique, vomissements incoercibles : le 24, signes de péritonite, qui s'accentue les jours suivants et amène un état de collapsus. Le 1er juin, garde-robe fétide : le surlendemain, évacuation d'une grande quantité de pus et de sang, qui continue les jours suivants, en même temps que les symptômes graves disparaissent ; finalement guérison. Pendant près de six semaines la malade a été nourrie presque exclusivement par la voie rectale.

L'auteur admet une rupture de l'ulcération gastrique, une péritonite enkystée, amenant une suppuration localisée rétrogastrique, qui finalement s'est ouverte dans le côlon ou dans une anse d'intestin adjacente. H. F.

IX. — Les crises gastriques périodiques, telles que les a décrites Leyden, peuvent tenir à des causes diverses. On peut voir prédominer tantôt la douleur, tantôt les vomissements.

Voici d'abord un exemple de la forme douloureuse:

Maître d'école, âgé de 26 ans, souffrant de constipation depuis 6 mois. Depuis 8 ou 9 jours des accès caractérisés par des douleurs au côté gauche et au creux épigastrique, suivis de vomissements muqueux ou alimentaires; ces accès peuvent durer toute la journée. Dans l'intervalle, pas de dyspepsie; le malade remarque seulement la veille de l'accès des cristaux rouges dans l'urine. Pas de signe physique, pas de trouble des sécrétions.

Dans le cas suivant, vomissements périodiques, sans souffrance.

Homme de 30 ans. Syphilitique. A l'âge de 28 ans il a été mordu à la main par un condor. Depuis cet accident, il a tous les 6 mois, pendant 8 jours, des vomissements qui durent toute la journée. Pas de douleurs. A la suite de ces accès il est faible déprimé. On constate quelques troubles de la sensibilité, et l'abolition du réflexe rotulien, mais il n'y a pas d'autre signe d'ataxie.

Chez un sujet de 36 ans qui a depuis 6 ans des accès de vomissements tous les 3 ou 6 mois sans manifestation douloureuse, l'auteur découvre des symptômes manifestes de tabes : myosis, absence de réflexe patellaire, douleurs lancinantes; mais pas de défaut de coordination. Au moment où ces signes s'affirment, les crises gastriques reparaissent, mais avec une moindre intensité.

Dans une autre série de cas, les accès s'accompagnent d'abord de douleurs de tête insupportables, puis les vomissements surviennent; il y a ici une analogie remarquable avec la migraine, seulement avec cette différence que les vomissements marquent la fin de l'accès et non pas le début.

La gastralgie périodique peut aussi s'associer avec l'hystérie. L'auteur en cite enfin deux cas chez des fumeurs.

Rien de nouveau pour le traitement. L. GALLIARD.

X. — Il s'agit d'un bruit métallique, synchrone aux contractions cardiaques et rappelant le bruit de clapotement qu'on peut produire artificiellement dans l'estomac; ce bruit est perçu jusqu'à une distance de 3 mètres. Le sujet, un homme de 25 ans, porte une dilatation modérée de l'estomac.

Le cœur est hypertrophié et animé de battements énergiques. Il y a un souffle diastolique intense à la base, dans le deuxième espace droit et surtout au niveau du sternum. La pointe bat dans le cinquième espace gauche. L'aorte a des battements violents; le pouls radial est dur et vibrant. Le bruit diastolique, symptomatique de l'insuffisance aortique, se propage à la pointe du cœur.

Quand le sujet est debout, le phénomène signalé dans l'estomac ne se produit pas; il faut que le sujet soit couché.

L'auteur attribue ce bruit retentissant à l'ébranlement de l'estomac par le choc du cœur et peut-être aussi par les pulsations de l'aorte.

L. GALLIARD.

XI. — Charles H..., 39 ans. Douleur au niveau du testicule droit, faisant remonter les premiers symptômes au mois d'avril précédent. A cette époque il constate la présence d'une tumeur bien distincte d'une hernie qu'il présentait de ce côté et dont la réductibilité restait facile. Le testicule droit était incomplètement descendu dans l'enfance et siégeait au niveau de l'orifice inguinal. Ni alcoolisme ni syphilis. Bon état de santé; rien du côté des reins, du poumon ni du cœur.

En juillet, Mac Murray enlève le testicule, que le microscope montra plus

tard atteint de carcinome, et pratique en même temps la cure radicale de la hernie. 2 mois après le malade quittait l'hôpital en bonne santé.

Vers la fin d'octobre, on s'aperçut d'une nouvelle tumeur au niveau de la région inguinale droite. Dès ce moment, perte d'appétit, des forces et constipation.

En décembre, le malade rentre à l'hôpital présentant une tumeur s'étendant de l'épine iliaque au bord externe du muscle droit.

Cinq jours après son entrée, laparotomie par Curtis; on enlève les ganglions lymphatiques qui accompagnent le cordon et une masse considérable allant jusqu'aux vertèbres lombaires. On referme le ventre sans avoir pu enlever toute la tumeur.

Quatre jours plus tard, douleur de côté, au niveau du cœur épigastrique et signes de bronchite généralisée avec hépatisation de tout le lobe inférieur du poumon gauche. Elévation de température et hémoptysie.

Cela dure 5 jours, puis les signes de pneumonie disparaissent.

La bronchite continue cependant jusqu'à sa mort, survenue un mois et demi après.

A l'autopsie, on trouve une généralisation aux deux poumons, dans les ganglions bronchiques. Le foie, dont la vésicule biliaire contient des calculs, les reins, le cœur, sont indemnes. Dans la région du cardia, l'estomac présente vers sa grande courbure une tumeur en apparence sous-muqueuse. Une masse de tumeurs cancéreuses s'étend du ligament de Poupart, le long du psoas jusqu'à la colonne lombaire. Quelques nodules isolés se rencontrent au sommet de la colonne thoracique. La masse enveloppe les gros vaisseaux et surtout la partie inférieure de la veine cave et de la veine iliaque primitive droite. Quelques noyaux font saillie dans l'intérieur de la veine cave, quelques-uns ulcérés

Dans la faux du cerveau, à un doigt de son sommet, on trouve un noyau irrégulier, du volume d'une noix.

L'auteur rapporte l'examen histologique de ces tumeurs et rassemble 14 faits de cancer secondaire de l'estomac de l'étude desquels il tire, comme conclusion, que le cancer métastatique de l'estomac peut suivre deux voies distinctes, ou transport de l'élément cancéreux directement par déglutition par l'œsophage dans les cas de cancer ulcéré des premières voies digestives, ou transport à distance indirectement par l'intermédiaire du courant sanguin. La voie lymphatique doit être considérée comme étant très exceptionnellement la voie de transport du produit infectieux de la tumeur initiale aux parois de l'estomac.

F. VERCHÈRE.

L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques, par Gaston LION (*Thèse de Paris*, 1890).

Depuis quelques années déjà, un grand nombre de travaux ont été publiés, en Allemagne surtout, sur les maladies de l'estomac. La plupart de ces travaux ont été analysés dans la *Revue des sciences médicales*. Ils sont basés le plus souvent sur la recherche de l'acide chlorhydrique par les réactifs colorants, et sur le résultat des digestions artificielles.

Ces méthodes sont évidemment défectueuses à plusieurs points de vue, les repas d'épreuve et les heures d'extraction n'ont pas toujours été les mêmes, et, par conséquent, les résultats obtenus ne sont pas toujours comparables. Il sera très utile de les soumettre au contrôle de

recherches plus exactes, plus scientifiques : c'est une tâche à laquelle s'est attaché Hayem.

Cependant, ces méthodes ont joué un rôle important : elles ont été le point de départ d'un mouvement considérable, qui n'est pas prêt de s'arrêter, et l'on peut en espérer de précieuses acquisitions dans la connaissance de la dyspepsie gastrique. D'autre part, bien qu'incomplètes, ces méthodes colorimétriques peuvent avoir leur utilité, si l'on sait interpréter et ramener à leur juste valeur les données qu'elles fournissent.

Gaston Lyon a réuni dans sa thèse les matériaux les plus importants relatifs à l'analyse du suc gastrique. Il évitera ainsi de longues recherches à ceux qu'intéresse cette question. Il apporte de plus, comme contribution personnelle, un certain nombre d'observations; quelques-unes sont très intéressantes.

On trouvera successivement dans ce mémoire les chapitres suivants : Les fonctions chimiques de l'estomac à l'état physiologique; l'analyse du suc gastrique; séméiologie des troubles chimiques de la digestion stomacale; les hyperchlorhydries, l'ulcère rond; les anachlorhydries, le cancer; les dyspepsies par fermentation; les troubles chimiques dans les périodes avancées des dyspepsies, la dilatation, les gastrites; troubles chimiques de la digestion dans les maladies aiguës et chroniques; thérapeutique. A. MATHIEU.

Dyspepsie et catarrhe gastrique, par C.-L. COUTARET (*In*-8°, *Paris* 1890).

Coutaret a écrit sur la dyspepsie et le catarrhe gastrique un ouvrage étendu (1,200 pages) où il fait preuve d'érudition et d'originalité. Il s'est tenu au courant des très nombreuses publications qui ont été faites, dans ces derniers temps en particulier, sur la dyspepsie et ses différents modes, ses différents éléments. Il a sur la pathologie générale, en ce qui concerne la nature, la pathogénie des troubles digestifs, des idées personnelles. Pour lui, il existe une diathèse rhumatoïdale différente et habituellement distincte du rhumatisme, à laquelle se rattache le catarrhe gastrique. Cette diathèse se développe chez les personnes soumises pendant longtemps à l'influence d'une habitation humide, ayant respiré pendant longtemps les moisissures qui se développent dans ces conditions. L'influence rhumatoïdale porte surtout sur les muqueuses, et l'on voit des manifestations douloureuses, rhumatoïdes, alterner avec des troubles digestifs qui dépendent d'un degré plus ou moins accentué de catarrhe de l'estomac; catarrhe qu'il ne faut pas confondre avec la dyspepsie. Chez ces rhumatoïdés, il existe une élévation permanente de la tension artérielle.

On trouvera dans cet ouvrage, longuement développés, les chapitres suivants : Physiologie de la digestion normale, digestibilité des aliments, synthèse de la digestion pathologique; comment on devient dyspeptique; symptômes de la dyspepsie; du régime; traitement de la dyspepsie, diathèse rhumatoïdale; manifestations de la diathèse rhumatoïdale; du catarrhe gastrique; traitement des manifestations rhumatoïdales; traitement des symptômes subordonnés; traitement des syndromes caractérisés, c'est-à-dire des dyspepsies anémiques, des dyspepsies névropathiques, des névroses gastriques complexes, des dilatations de l'estomac, de la dyspepsie irritative, des dyspepsies

dégénérées (gastrites atrophique, ulcéreuse, chronique, alcoolique); des grands modificateurs hygiéniques.

Il est impossible d'analyser ici d'une façon suffisante un ouvrage aussi volumineux. Il est déjà difficile de caractériser l'esprit dans lequel il a été conçu et écrit. C'est l'œuvre d'un praticien qui a observé avec un soin particulier ce qui concerne la pathologie de la digestion, et qui, tout en se tenant soigneusement au courant des diverses publications faites sur ce sujet, aime à relier les faits observés par une théorie générale, à les systématiser. Ce que nous avons dit de la diathèse rhumatoïdale et du catarrhe gastrique suffit à le démontrer. On peut adopter ou non ces théories; mais on pourra faire son profit, chemin faisant, des remarques judicieuses inspirées à un médecin instruit par une longue expérience clinique. A. M.

Hématimétrie normale de l'Européen aux pays chauds, par MARESTANG (*Arch. de méd. navale, p.* 401, 1889).

Des recherches hématimétriques faites en Calédonie, à Taïti, ont montré à Marestang que, contrairement à ce qu'on admet, le nombre des globules du sang ainsi que le taux du sang en hémoglobine, loin d'être diminués par le fait du séjour dans les pays chauds, sont au contraire augmentés.

Sous les tropiques, les éléments météorologiques seuls, dégagés de toute autre influence nocive, sont incapables de produire l'anémie ou seulement d'y prédisposer.

De par la nature du milieu (chaleur, raréfaction de l'air, tension de la vapeur d'eau), l'absorption d'oxygène est entravée; mais les fonctions hématopoiétiques, modifiées par le passage dans un climat chaud, fournissent une plus grande quantité d'éléments pour y fixer l'oxygène.

L'accélération de la respiration chez l'Européen nouvellement arrivé est due à ce que son sang devient moins oxygéné, du fait des conditions météorologiques nouvelles; cette accélération ne disparait que lorsque le sang renferme assez de globules et d'hémoglobine pour fixer la quantité d'oxygène nécessaire.

L'augmentation des globules commence à se produire au bout d'un mois, et devient bien sensible le troisième mois; la respiration suit une marche inverse, et sa rétrogradation au taux normal est le signe de la réaction de l'organisme.

L'action des agents météorologiques est contre-balancée par l'augmentation des agents fixateurs de l'oxygène, simple phénomène de suppléance, et en conclusion : l'anémie des pays chauds ne diffère en rien de l'anémie des pays tempérés; toutes les deux relèvent absolument d'une même étiologie.

Enfin cette hyperglobulie avec élévation du taux de l'hémoglobine se rencontrerait peut-être aussi, normalement, chez les habitants des hauteurs. MAUBRAC.

Klinisches und Experimentelles über die entzündliche Leucocytose (Etude clinique et expérimentale sur la leucocytose inflammatoire), par von LIMBECK (*Zeitschrift für Heilkunde, n°* 6, *p.* 392, 1889).

Des observations nombreuses et précises ont permis de constater que,

dans certaines maladies infectieuses à marche aiguë, le nombre des leucocytes du sang est très augmenté. C'est ce phénomène que l'auteur nomme leucocytose inflammatoire. Les affections qui causent au plus haut degré cette leucocytose sont, règle générale, celles qui donnent lieu à un exsudat dans les tissus. On peut dire, grosso modo, que plus cet exsudat dû au principe infectieux est abondant et riche en éléments cellulaires, plus aussi est marqué l'accroissement pathologique du nombre des globules blancs.

Dans quelques maladies, telles que la pneumonie fibrineuse, la pleurésie, l'érysipèle, la péritonite, il y a une relation évidente entre l'intensité de la fièvre et l'abondance des leucocytes. Ainsi les maladies infectieuses qui peuvent se terminer par crise, comme la pneumonie fibrineuse et l'érysipèle, présentent un parallélisme remarquable entre les courbes indiquant l'une la marche de la température, l'autre celle du nombre des globules blancs. Néanmoins ce parallélisme ne va pas jusqu'à l'identité, et on peut observer, dans le cours de la maladie, soit un léger abaissement de la température, soit une légère diminution du nombre des globules blancs, qui ne coïncident pas exactement entre eux. Quoique les deux phénomènes puissent être simultanés, le plus souvent la diminution de nombre des leucocytes précède quelque peu la chute de la température.

Dans les inflammations des membranes séreuses, on peut, d'une manière analogue, établir une corrélation entre la courbe de la température et celle de la leucocytose. Il semble que le nombre des globules blancs ne demeure accru que tant que la fièvre persiste; si l'exsudation reste stationnaire, il revient aussitôt à la normale. Qu'il se fasse un réveil du processus inflammatoire, et il se traduira de suite par une nouvelle poussée de la leucocytose.

Quant aux maladies infectieuses qui, dans leur évolution, ne donnent lieu à aucune exsudation, comme le typhus abdominal, la septicémie, la fièvre intermittente, etc., elles ne s'accompagnent pas de leucocytose. Pour le typhus abdominal, on observe plutôt une diminution caractéristique du nombre des leucocytes, diminution qui serait d'autant plus accusée que la maladie est plus grave et plus longue.

Von Limbeck a cherché à vérifier ces résultats cliniques par l'expérimentation sur les animaux. Il a injecté dans l'articulation du genou chez des chiens un certain nombre de cultures microbiennes. Tous les microbes ne produisent pas cette leucocytose inflammatoire. Sous l'influence des streptocoques pyogènes, la leucocytose est rapide, et le nombre des globules blancs peut être quintuplé ou sextuplé. Le streptocoque pyogène et le bacille de Friedlænder semblent venir ensuite à ce point de vue. Le micrococcus prodigiosus, l'aspergillus niger n'ont qu'une action très modérée; d'autres enfin, comme le micrococcus tetragenus, le bacillus pyocyaneus, etc., semblent être à peu près sans influence.

Cette leucocytose, chez les animaux aussi, paraît être en rapport avec l'abondance et la richesse en cellules de l'exsudation produite au point d'inoculation. Il semble que l'augmentation du nombre des globules blancs dans le sang précède l'autre phénomène pathologique. Cette action à distance sur les leucocytes doit être due aux produits sécrétés par les

microbes; car la leucocytose générale et l'exsudation locale s'observent aussi, quoique à un degré bien moindre, lorsqu'on injecte ces produits dans le corps d'un animal, en prenant les précautions voulues pour empêcher les micro-organismes de pénétrer par la petite plaie de l'injection. LEFLAIVE.

I. — Zwei ungewöhnliche Temperaturcurven (Courbes de températures insolites), par GLASER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 45, *p.* 921, 1889).

II. — Eine Temperatursteigerung bis 44°,9 mit Ausgang in Genesung, par Carl LORENTZEN (*Centralbl. f. klin. Med.*, *n°* 33, 1889).

I. — 1° Il s'agit, dans le premier cas, d'un homme de 63 ans qui, pendant 21 jours, a le soir une température inférieure à 36°, abaissée parfois à 34°,6 et même à 34°,2 et le matin 39° environ; puis pendant 21 jours type inverse, température basse le matin (de 35 à 36°) et le soir 40° en moyenne. Pas de stade de chaleur, pas de sueurs. On constate des signes de tuberculose, une teinte brunâtre de la peau en général avec pigmentation des extrémités et de la verge et taches noires de la face interne des joues. A l'autopsie, 500 grammes de sérosité dans la plèvre gauche, 200 dans la droite, foyer de tuberculose fibreuse, pas de caséification, rate petite, molle, capsule surrénale gauche tuméfiée (pas d'examen histologique). Pas de tubercules en dehors des poumons.

On a remarqué, pendant la vie, la multiplication de globules blancs du sang (pas de chiffres précis).

2° Femme de 27 ans ayant d'abord une fièvre continue avec épistaxis, ballonnement du ventre, diarrhée, gonflement de la rate, puis une fièvre rémittente (40° le soir, 37° le matin). Bientôt on note de l'ictère et de la tuméfaction du foie; l'ictère s'alternant, la constipation s'installe avec 41° et même un jour 41°,8. Le 31e jour, diarrhée. La fièvre persiste, tantôt intermittente, tantôt rémittente, pendant sept mois. Pendant ce long espace de temps, la tuméfaction du foie et de la rate persiste, mais la malade n'éprouve aucun malaise, elle conserve l'appétit. Elle a, pendant quelques jours seulement, un peu d'albumine dans l'urine. Elle guérit. L. GALLIARD.

II. — Femme de 20 ans, assez nerveuse, mais sans antécédents hystériques, prise d'hémoptysies peu abondantes mais répétées, puis de crises de dyspnée spasmodique, sans lésions appréciables des poumons ni du cœur. Pendant deux mois, ces accès se répètent, tantôt subintrants, tantôt plus espacés, et en général sous l'influence d'une émotion morale. Entre temps, rétention d'urine nécessitant fréquemment le cathétérisme. Alternatives rapides de rougeur et de pâleur. Menstruation régulière. Dans le cours de cet état, la température, jusqu'alors normale, s'élève brusquement (fièvre hystérique) et dépasse 40 degrés; en même temps léger délire, quelques vomissements, persistance de la rétention d'urine. Le troisième jour après le début de la fièvre, la température s'élève à 44°,9, sans nouveaux symptômes : l'auteur se méfiant d'une erreur ou d'une supercherie a contrôlé le fait en appliquant simultanément deux thermomètres, l'un dans l'aisselle, l'autre dans le rectum, et n'a pas quitté la malade pendant l'expérience; le premier thermomètre a donné 44°,8, le second 44°,9; tous deux ont été vérifiés le lendemain chez le fabricant et reconnus exacts. Pendant l'hyperthermie, le pouls battait 144 sans intermittences, respiration régulière à 24. Urines normales. Trois heures après, [illegible] était descendue à 42°,4, et six heures plus tard [illegible]s, nouvelles exacerbations pendant lesquelles [illegible]re été atteint, puis abaissement progressif et [illegible]ivi d'un complet rétablissement. H. BARTH.

Ein Fall von Fettnecrose (Nécrose du tissu graisseux), par FRÆNKEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 10, *p.* 201, 1890).

La maladie désignée par Boll en 1882 sous le nom de nécrose de la graisse est latente dans les cas légers ; dans les autres, elle entraîne la mort sans pouvoir être diagnostiquée. Elle se localise au tissu adipeux de l'abdomen, spécialement autour du pancréas, mais aussi parfois dans l'atmosphère cellulo-adipeuse des reins, dans le grand épiploon et le mésentère.

On voit d'abord de petites boules gris-blanchâtre, rappelant la stéarine, brillantes, ou bien jaune soufre, se déposer dans les tissus. Ces masses, devenant confluentes, forment de véritables tumeurs adhérentes à la rate, au foie et qu'on peut percevoir à travers la paroi abdominale.

Les tissus graisseux qui ont subi la nécrose peuvent être le siège d'hémorragies ; il se forme ainsi soit des infarctus, soit des cavités qu'on trouve remplies de bouillie sanguinolente et de débris gangreneux. C'est dans ces cas que le pancréas peut être transformé partiellement ou totalement en un véritablement séquestre qui flotte librement dans une cavité grande comme la tête d'un enfant.

L'étiologie de cette singulière affection est obscure. On ne sait pas quelle est la nature de la transformation du tissu adipeux ; on ignore pourquoi ces lésions causent la mort.

Les sujets atteints, des hommes généralement, souffrent d'abord longtemps de désordres qu'on rapporte au foie ou à l'estomac, puis un jour ils ont des accidents froudroyants qui font penser à l'ulcère de l'estomac ou à l'étranglement interne, ou à la péritonite, ou même au choléra. Le collapsus est rapidement suivi de mort. L. GALLIARD.

I. — Functional albuminuria, par James GOODHART (*Brit. med. j.*, *p.* 1121, 17 *mai* 1890).

II. — Ueber den Morbus Brightii bei Schwangeren und Gebærenden (Sur le mal de Bright chez les femmes enceintes et les femmes en couches), par E. LEYDEN (*Charité-Annalen*, *p.* 129, 1889).

III. — Anurie calculeuse ayant duré huit jours, par FÉRÉOL (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 *février* 1890).

IV. — Des hémoptysies répétées, signe précurseur de la néphrite interstitielle, par DUCLOS (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, *n°s* 21, 22, *p.* 329, 345, 1890).

V. — Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la néphrite interstitielle séniles, par CHABRELY (*Thèse de Bordeaux*, 1890).

VI. — Les reins des phtisiques, par B. PERNICE (*Sicilia medica*, *n°* 4, *p.* 217, 1890).

I. — Goodhart passe en revue tous les faits d'albuminurie, au nombre de 272, qu'il a eu l'occasion de rencontrer dans les quatre dernières années, et il en tire des déductions au point de vue de l'albuminurie fonctionnelle. Sa conclusion est que celle-ci n'existe pas, ou tout au moins ne doit être acceptée qu'avec beaucoup de réserve. Il y a des gens nerveux qui, en dehors de toute lésion appréciable, ont de l'albumine dans l'urine : ce peuvent être de futurs diabétiques, ou de futurs brightiques à rein

contracté ; mais c'est déjà une lésion. Presque toujours, chez les soi-disant albuminuries fonctionnelles, on trouve des anciennes maladies infectieuses qui ont touché le rein parfois très longtemps auparavant : par exemple des scarlatines survenues dans l'enfance. L'examen des individus qui viennent se faire opérer montre aussi un grand nombre d'albuminuriques, qu'on ne soupçonnerait pas à première vue, et qui ont des reliquats d'une vieille affection rénale. Toutes les fois qu'il y a de l'albumine dans l'urine, il y a ou il y a eu des lésions du rein ; l'albuminurie n'existe pas à l'état physiologique. H. R.

II. — Leyden apporte de nouveaux matériaux à l'étude du mal de Bright dans le cours de la grossesse, ou au moment de la parturition. Il a recueilli quatre observations suivies d'autopsie.

Dans le *premier cas*, une femme de 26 ans succombe à des accidents d'éclampsie convulsive. L'urine était fortement albumineuse. Deux ans auparavant, elle avait présenté déjà des accidents semblables à l'autopsie; on constate une dégénérescence très marquée de bon nombre de glomérules. C'est une lésion sur l'importance de laquelle Leyden a déjà insisté autrefois. D'autres glomérules sont atrophiés. Ne sont-ce pas précisément ceux qui étaient malades deux ans auparavant ?

Deuxième cas. La malade présente de l'éclampsie seulement le 28e jour de ses couches. Leyden ne pense pas qu'il s'agisse du mal de Bright spécial aux femmes enceintes, mais plutôt d'une néphrite septique. La malade a guéri. Il y avait eu des accidents puerpéraux, de la paramétrite.

Troisième cas. Femme de 31 ans, au second mois de la grossesse, hémorragie utérine, œdème des pieds. Au 6e mois, avortement ; rejet d'une mole kystique ; albuminurie, œdème cutané mobile, guérison. Déjà une grossesse antérieure s'était terminée par l'expulsion d'une mole kystique. Y a-t-il une relation entre le mal de Bright et cette dégénérescence de l'embryon ?

Dans le quatrième cas, une multipare est atteinte de néphrite au 3e mois de sa grossesse. Elle avorte ; 12 jours après, phénomènes fébriles infectieux, sans localisation précise, au début. Plus tard surviennent des phlébites cutanées disséminées ; aggravation parallèle de la néphrite. Guérison en 6 mois. La néphrite ici aurait été le premier phénomène de l'infection.

A. MATHIEU.

III. — Il s'agit dans le cas de Féréol d'un homme de 48 ans, goutteux héréditaire qui, en mai et novembre 1889, eut deux crises d'anurie de 23 heures chacune. Le 7 janvier, nouvelle crise précédée de légères douleurs rénales et d'hématurie ; l'anurie dura jusqu'au 15 au soir ; soudain il urina à plein canal une urine pâle et claire ; toutes les dix minutes il urinait ; à la 6e émission il expulsa un calcul gros comme un pois, et rendit 10 litres d'urine en 24 heures, contenant 14gr,70 d'urée par litre ; il y avait 1gr,44 d'acide phosphorique par litre. Pendant la période d'anurie le malade dormait peu, souffrait un peu au rein droit ; le pouls était tombé à 52, la température rectale à 37 ; il y avait une dilatation pupillaire marquée. H. L.

IV. — Certaines hémoptysies à répétition, que l'on observe chez des individus d'un âge assez avancé, ne s'accompagnent d'aucun signe physique appréciable ni de trouble de la santé générale, même quand l'hémoptysie est abondante ; elles ne peuvent être rattachées à une lésion cardiaque ou pulmonaire. Duclos a suivi pendant plusieurs années quelques malades atteints de ces hémoptysies, et il a vu les uns arriver au rhumatisme fibreux, les autres à l'artério-sclérose généralisée, d'autres enfin à la néphrite interstitielle ; il rapproche ces hémoptysies des épistaxis que Huchard, Landouzy, Gaucher ont signalées comme pouvant

être le signe précurseur de la néphrite; les capillaires pulmonaires seraient dans certains cas frappés d'artério-sclérose, et chaque poussée se traduit alors par une hémorragie.

Aussi, lorsque, chez un adulte, on rencontre des hémoptysies, quelquefois abondantes, se reproduisant fréquemment, sans lésions appréciables de l'appareil respiratoire ni du cœur; lorsque cet adulte est un homme de bonne constitution et a éprouvé ou éprouve quelques manifestations attribuables à l'arthritisme, il faut songer, pour le moment présent, à l'artério-sclérose, et redouter pour l'avenir la néphrite interstitielle.

G. LYON.

V. — La néphrite interstitielle sénile est très fréquente: Lecorché et Talamon l'ont constatée dans 70 autopsies sur 100. Mais elle est beaucoup moins latente qu'on l'a dit. Chez les vieillards des deux sexes, on peut la démontrer nettement 10 fois sur 100, et la diagnostiquer comme probable 15 autres fois. Si l'on tient compte de ce que, dans les néphrites constatées à l'autopsie, il en est de trop peu avancées pour se traduire au dehors par des signes appréciables, on peut dire que la maladie est encore assez facile à diagnostiquer.

Les symptômes de la néphrite interstitielle sénile sont analogues à ceux que l'on constate chez l'adulte, bien qu'atténués et plus ou moins modifiés. L'albuminurie est fréquente, mais non constante; généralement peu abondante, elle manque rarement, quand la néphrite est évidente. La pollakiurie est un bon signe; on constate alors 5 à 6 mictions nocturnes, au lieu d'une ou deux, ce qui est le chiffre normal chez les vieillards sains. La polyurie élève la quantité des urines à 1500 ou 2000 grammes au lieu de 1000 chiffre ordinaire. La diarrhée est un bon symptôme de néphrite sénile. Les troubles de la vue, l'hypertrophie du cœur, le bruit de galop, l'œdème des jambes, la respiration de Cheyne-Stokes sont des signes de valeur moindre.

Chez le vieillard atteint de néphrite interstitielle avancée, la pneumonie revêt une forme particulièrement grave, presque toujours fatale (pneumonie aggravée.)

LEFLAIVE.

VI. — L'auteur a pratiqué 52 autopsies d'individus morts de tuberculose pulmonaire chronique; 31 fois il a trouvé de l'albumine dans l'urine après la mort, et 17 fois des cylindres; dans ces 17 cas les reins présentaient des altérations importantes.

Deux fois, Pernice a constaté la tuméfaction trouble de l'épithélium; plus fréquente était la dégénérescence graisseuse, tantôt dégagée de tout processus inflammatoire du côté du tissu conjonctif interstitiel, tantôt accompagnée de sclérose; aussi les reins étaient-ils, suivant les cas, augmentés de volume, blanchâtres, mous, lisses, ou bien atrophiés, avec capsule épaissie et adhérente; la dégénérescence graisseuse portait principalement sur les tubes contournés, les anses de Henle et les canaux intermédiaires, parfois aussi sur l'épithélium des anses glomérulaires, et des capsules; la prolifération conjonctive était surtout marquée au niveau des capsules de Bowmann.

Dans quelques cas, la sclérose rénale était prédominante, principalement sous la capsule externe et autour des glomérules. La dégénérescence amyloïde était souvent localisée aux anses glomérulaires, rarement diffuse, mais coïncidant toujours avec d'autres altérations (dégénéres-

cence graisseuse, sclérose) ; l'auteur a observé un cas d'atrophie ischémique (rein artério-scléreux), enfin il a trouvé assez souvent une véritable néphrite. Deux fois il s'agissait de glomérulo-néphrite, sept fois de néphrite à prédominance conjonctive, une fois de néphrite diffuse avec dégénérescence amyloïde...

Dans l'un des cas de glomérulo-néphrite, il existait un état congestif de tout le rein et un épanchement hémorragique dans les capsules de Bowmann.

Dans l'un des cas de néphrite conjonctive, il s'agissait d'un processus aigu, avec amas nombreux de leucocytes dans une partie des canalicules urinaires et des capsules ; des diplocoques et des streptocoques se trouvaient au milieu des amas de cellules embryonnaires. Sur les 52 autopsies, Pernice a trouvé 4 fois des tubercules, siégeant dans la substance corticale (tuberculose miliaire) ; une fois seulement, il y avait destruction d'une partie de la substance rénale et formation d'une caverne. Le bacille de Koch fut trouvé dans ces cas et non dans les autres.

L'auteur conclut qu'à une période avancée de la tuberculose pulmonaire chronique, le rein présente toujours des altérations variables ; le bacille seul produit l'inflammation spécifique, le tubercule ; les autres altérations sont de nature toxique, déterminées par la résorption des produits septiques provenant des cavernes ; enfin d'autres lésions sont de nature mycotique, et produites par des micro-organismes vulgaires... La dégénérescence amyloïde serait la plus fréquente des altérations (35 0/0), mais n'existerait jamais à l'état isolé ; puis viendraient, par ordre de fréquence, la dégénérescence graisseuse (30 0/0), les néphrites (environ 30 0/0), la sclérose (22,60 0/0), la tuberculose locale (7,69 0/0), enfin la tuméfaction trouble et l'artério-sclérose. G. LYON.

Capsules surrénales et maladie d'Addison, par LANCEREAUX (*Archives de médecine, janvier* 1890).

L'auteur relate 4 observations personnelles de maladie d'Addison.

Il rappelle que pour les classiques la maladie d'Addison coïncide tantôt avec la tuberculose, tantôt avec l'atrophie ou la stéatose des capsules surrénales. Or, dans un des cas observés par lui, l'ensemble symptomatique qui constitue la maladie d'Addison existait au grand complet et les capsules surrénales étaient saines. Par contre, dans deux autres faits, avec de la tuberculose des capsules surrénales, la pigmentation cutanée manquait. Aussi, pour Lancereaux, c'est la lésion du système nerveux sympathique abdominal et non celle des capsules surénales qui est la condition pathogénique de syndrome connu sous le nom de maladie d'Addison.

RICHARDIÈRE.

Considérations sur la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie, par HAYEM (*Soc. méd. des hopitaux*, 13 *décembre* 1889).

Hayem croit qu'il y a un intérêt clinique de premier ordre à pratiquer l'examen des urines au point de vue du diagnostic de l'état du foie, dont les maladies dans leur premier stade sont si souvent latentes ; or l'étude des pigments urinaires a une valeur capitale. C'est l'urobilinurie habituelle, durable, qui seule présente une signification pathologique nette.

Toutes les fois qu'elle existe, on peut affirmer que le foie n'est pas normal. L'urobiline est le pigment de l'insuffisance hépatique.

La fréquence extrême de l'urobilinurie chez les malades des hôpitaux, fébricitants ou non, tient à l'extrême fréquence des habitudes alcooliques. Dans les cas de fièvre typhoïde, par exemple, l'urobilinurie très accentuée impose des réserves au point de vue du pronostic.

Chez les nouvelles accouchées et les nourrices, l'urobilinurie s'explique par l'infiltration graisseuse du foie qui est si fréquente dans ces états physiologiques et contribue à développer les formes ataxo-adynamiques de la fièvre typhoïde.

L'urobilinurie est le premier signe de la cirrhose alcoolique. De même chez les cardiaques, elle peut déceler l'existence de lésions hépatiques méconnues; dans ces cas, elle peut être intense pendant les périodes d'asystolie et diminuer pendant les périodes de compensation. L'ictère hémaphéique de Gubler comporte un pronostic plus sévère que l'urobilinurie pure.

La plupart des cachectiques sont atteints d'urobilinurie, mais le plus souvent en faibles proportions. Des complications cardiaques surviennent à la traverse, augmentent en général l'urobilinurie et aggravent le pronostic. H. L.

Ueber Pneumaturie, par Friedrich MUELLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 889, 14 *octobre* 1889).

Homme de 60 ans. En 1884, il commença à rendre, vers la fin de la miction, des bulles de gaz.

Les urines sont troubles, acides ; elles renferment un peu de sucre (0,6 à 2,5 0/0), une petite quantité d'albumine, des leucocytes, de l'épithélium vésical et de nombreux micro-organismes.

Le cathétérisme ramène quelques bulles de gaz, dès que le bec de l'instrument se trouve dans les parties supérieures de la vessie.

Ces gaz sont inodores et ne renferment non plus que l'urine, d'hydrogène sulfuré; ils sont en partie inflammables et donnent, en détonant, une flamme jaunâtre, et contiennent de l'acide carbonique, de l'oxygène, de l'hydrogène, de l'hydrogène protocarboné et de l'azote.

Les résultats de ces analyses, joints à la longue durée de l'affection, à l'absence de toutes parcelles élémentaires dans l'urine, indiquent que les gaz ne proviennent pas d'une fistule entéro-vésicale. Mueller s'en est assuré, au surplus, en faisant prendre au malade, plusieurs jours de suite, du charbon finement pulvérisé, qui n'a jamais été retrouvé dans l'urine.

Mueller a reconnu par des expériences directes que ces gaz étaient le résultat d'une fermentation de l'urine, au dépens du sucre qu'elle contenait. Il y avait ainsi formation d'hydrogène et d'acide carbonique. Quant à l'azote et à l'hydrogène protocarboné du mélange, ils provenaient, sans nul doute, d'un phénomène de diffusion se passant dans la vessie entre ces gaz de fermentation et les gaz du sang.

On a donc ici un phénomène analogue à l'hydrothionurie que Mueller (*R. S. M. XXXII, 36*) et Rosenheim (*Fortschritte der Medicin* 1887) ont démontré être dû à des microorganismes.

Toutefois, il a été impossible à Mueller d'obtenir la production de gaz dans les urines d'individus sains ou malades, additionnées de l'urine du pneumaturique, et Fehleisen n'a pas réussi non plus à isoler le microorganisme gazogène.

Les observations de gaz développées spontanément dans la vessie sont très rares jusqu'ici. Keyes (*Medical News*, 16 décembre 1882) en a publié deux dont une avec autopsie. Raciborski en cite un cas.

Guiard (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris 1883) en relate 4 nouvelles observations chez des malades dont l'urine renfermait plus ou moins de sucre et dont la vessie pouvait avoir été contaminée par des instruments, double circonstance qui se retrouve chez le malade de Mueller. J. B.

L'albuminurie des morphinomanes et l'action de la morphine sur la tension artérielle, par HUCHARD (*Soc. méd. des hopitaux*, 9 *mai* 1890).

Huchard a observé trois cas d'albuminurie chronique, qu'il rapporte à l'usage immodéré d'injections de morphine pendant des mois et des années. Il admet l'existence de deux sortes d'albuminurie morphinique; l'une transitoire, peu abondante, bénigne, sans lésion rénale, qui peut survenir à la suite du morphinisme aigu, ou dans le cours du morphinisme chronique : elle est due sans doute à l'action de la morphine sur le centre bulbaire; l'autre, plus abondante, sujette devenir à permanente, due aux modifications que l'usage constant de la morphine entretient dans la tension artérielle. La morphine abaisse notablement la tension ; cette hypotension détermine des congestions répétées et passives des reins, et par la suite la production d'une néphrite parenchymateuse. H. L.

Fièvre typhoïde, fièvre de malaria et fièvre climatique, par SÉZARY (*Revue de médecine*, *p.* 1045, 10 *décembre* 1889).

On observe à Alger et dans ses environs trois fièvres distinctes qui peuvent être confondues entre elles à cause de leur ressemblance symptomatique ; ce sont : la fièvre typhoïde, la malaria et la fièvre climatique. Sézary réserve cette dernière dénomination à une fièvre continue offrant avec la fièvre synoque les plus grandes analogies, et n'en différant que par certains caractères dus à l'excessive chaleur du climat dans lequel on l'observe. Elle apparaît en effet avec les premières chaleurs et finit avec les dernières.

Souvent ces trois fièvres existent isolément, mais parfois deux d'entre elles peuvent exister simultanément chez le même individu. Kelsch et Kiener décrivent ces formes hybrides sous le nom de typho-malariennes; Sézary, au contraire, croit que souvent il s'agit de la réunion de la malaria et de la fièvre synoque, à laquelle il donne le nom de climatique. Dans ces cas, le fait certain c'est que la quinine seule ne guérit plus les malades ; mais qu'il est nécessaire de lui adjoindre l'emploi de purgatifs répétés, en vue de lutter contre l'envahissement du tube digestif par une foule de microorganismes autres que le bacille d'Eberth et produisant par leur pullulation dans l'intestin les accidents d'auto-intoxication de la fièvre synoque. C. GIRAUDEAU.

La classification et le pronostic de la variole, par HUCHARD (*Soc. méd. des hopitaux*, 28 *mars* 1890).

Huchard admet qu'il y a varioloïde lorsque la fièvre de suppuration est absente, ou qu'elle ne dépasse pas une durée de 4 à 6 heures. — Il

établit 5 autres variétés : les varioles : 1° discrètes (30 à 40 pustules à la face) ; 2° cohérentes (pustules nombreuses, mais distinctes) ; 3° confluentes (la confluence a lieu dès le début de l'éruption) ; 4° hémorragiques d'emblée ; 5° hémorragiques secondaires. Les varioles confluentes et hémorragiques d'emblée sont toujours mortelles. Les varioles cohérentes et hémorragiques secondaires sont graves, sans être mortelles. Les varioles discrètes guérissent le plus souvent ; les varioloïdes toujours. H. L.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Des hémorragies de l'ovaire, par ROLLIN (*Thèse de Paris*, 1889).

Les hémorragies de l'ovaire sont fréquentes. Elles se produisent dans le stroma de l'ovaire ou dans les vésicules de de Graaf : hémorragies interstitielles, hémorragies vésiculaires.

Les hémorragies vésiculaires présentent les variétés suivantes : elles sont multiples dans les maladies infectieuses et dans les intoxications ; elles sont extra-vésiculaires ou intra-vésiculaires dans les anomalies de la ponte. Dans le premier cas se produit l'hémorragie interne ou l'hématocèle avec ses conséquences bien connues ; dans le second cas se produit le kyste sanguin de l'ovaire. Dans l'un comme dans l'autre cas, chaque époque menstruelle peut amener des récidives dans l'hémorragie intra ou extra-vésiculaire.

Ces hémorragies peuvent encore se produire dans les follicules hydropiques, et leur histoire se confond avec celle des kystes sanguins de l'ovaire, ou dans le corps jaune, ce qui présente peu d'intérêt.

Les hémorragies interstitielles sont constituées par de petites apoplexies du stroma ; elles n'ont pas d'importance. Dans la seconde variété, elles peuvent réduire l'ovaire en une coque renfermant une pulpe analogue au tissu de la rate. Cette lésion relève des ovarites septiques, en particulier de l'ovarite puerpérale. Elle peut se terminer par rupture dans le péritoine et péritonite aiguë.

L'auteur étudie l'étiologie, le pronostic, la symptomatologie des hémorragies de l'ovaire. Citons seulement à ce propos le symptôme de kyste sanguin de l'ovaire, qui lui paraît mériter une mention spéciale. Il consiste en une augmentation brusque du volume de la tumeur à chaque époque menstruelle.

Le seul traitement à conseiller est l'ablation des ovaires dans le cas de kystes sanguins. On sera rarement appelé à intervenir dans le cas d'hémorragie interne ou d'hématocèle. PORAK.

Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire, par Alfred HADJÈS (*Thèse de Paris*, n° 241, 1889).

L'analyse de 32 obvervations conduit Hadjès à adopter les idées de Malassez et de Poupinel sur la malignité des kystes de l'ovaire.

Cette malignité, sous l'influence de causes encore inconnues, se manifeste par la généralisation des kystes. Cette malignité est relativement faible, ce qui tient, d'après Poupinel, à la tendance qu'ont ces épithéliomas de l'ovaire à former des kystes. Plus un épithélioma de l'ovaire perd ses caractères kystiques, plus il s'approche par son aspect de celui d'une tumeur solide et plus il faut compter avec sa malignité.

Dans les cas de généralisation, on observe dans la tumeur des productions adénoïdes, carcinoïdes ou colloïdes; exceptionnellement la généralisation peut succéder à un kyste prolifère ordinaire.

L'activité exagérée de développement dans les tumeurs ovariennes qui se généralisent peut porter, soit sur l'élément épithélial, soit sur le stroma, ce qui correspond aux deux types de kystes glandulaires et papillaires admis par les Allemands; mais cette division n'est pas toujours nette, et bien souvent le bourgeonnement épithélial coexiste avec le bourgeonnement conjonctif.

Dans l'immense majorité des cas, la généralisation se fait dans les organes de la cavité abdominale; c'est le péritoine qui est le lieu de prédilection des néoformations secondaires.

Cliniquement, l'évolution des productions secondaires est rapide ordinairement moins d'un an après l'ovariotomie.

L'abondance de l'ascite qui entoure le kyste est un signe important en faveur de la malignité. Les autres caractères habituels sont : le développement rapide et brusque d'une tumeur existant déjà depuis longtemps, l'amaigrissement et la cachexie rapides, les adhérences multiples dans le petit bassin, l'œdème des membres inférieurs et des parois abdominales sans relation avec le volume de la tumeur et la quantité du liquide ascitique, enfin l'apparition d'un épanchement pleural.

L'auteur conclut à l'intervention précoce dans tous les kystes de l'ovaire. C. WALTHER.

A disease of the ovary, endothelioma changing to angiema and hœmatoma, par A. D. JONES (*N. York med. Journ.*, *p.* 337, 28 *septembre* 1889).

L'auteur a observé douze cas d'une affection de l'ovaire jusqu'ici non décrite et caractérisée par la transformation des éléments de l'épithélioma en vaisseaux sanguins.

Les malades qui en sont atteintes éprouvent des douleurs vives, lancinantes à la région des ovaires; elles ont un aspect cachectique spécial, parfois une pâleur cadavérique; elles sont très amaigries. Les deux ovaires peuvent être atteints simultanément.

Dans les douze cas l'ovariotomie a amené la guérison.

Quand on fait une coupe sur la tumeur de l'ovaire, au voisinage de l'écorce, on voit, au-dessous du revêtement musculaire et fibreux, de grandes circonvolutions, rappelant celles du cerveau, et dans les intervalles desquelles pénètrent de nombreux vaisseaux supportés par une trame conjonctive.

C'est dans ces circonvolutions qu'on trouve des éléments cellulaires et des corps granuleux, et que l'auteur voit se former des vaisseaux et des globules sanguins.

Un fragment de la première tumeur examinée par l'auteur ayant été envoyé à Waldeyer, à Berlin, celui-ci fit le diagnostic de carcinome.

L'étude d'un grand nombre de préparations a conduit Jones à envisager là surtout les néoformations vasculaires et à considérer l'angiome comme le stade terminal du développement du néoplasme. L. GALLIARD.

Unusually large ovarian tumor, par BRIDDON (*N. York med. Journ., p.* 141, 8 *février* 1890).

Ce kyste de l'ovaire est remarquable par ses dimensions colossales. Le poids du liquide contenu est de 139 livres. Le kyste est multiloculaire; il présente des adhérences multiples. Il a été extirpé très péniblement et le sujet, une femme de 36 ans, a succombé au bout de 12 heures. L. GALLIARD.

Carcinome de l'ovaire avec rétroversion et prolapsus de l'utérus, par THIRIAR (*Mercredi méd.*, 16 *avril* 1890).

Femme de 29 ans, présentant depuis trois ans des douleurs dans le bas-ventre et des accidents de dysménorrhée. L'utérus est prolabé et en rétroversion. La laparotomie est pratiquée. Des adhérences très résistantes entre l'utérus et les organes voisins sont d'abord détruites, puis on enlève la trompe gauche très volumineuse et l'ovaire, à la surface duquel existe une ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, irrégulière, anfractueuse, à bords déchiquetés et d'une coloration noirâtre. L'utérus étan ensuite complètement libéré, sa face antérieure fut, en haut, avivée d'un bord à l'autre et sur une largeur de 1 centimètre et demi; puis, au moyen de trois fils de catgut l'organe fut fixé à la paroi abdominale. Guérison sans accidents en quinze jours. Six mois plus tard les sutures n'avaient pas cédé et la matrice adhérait parfaitement à la paroi abdominale. Quant à la lésion de l'ovaire, le microscope révéla qu'elle était de nature carcinomateuse.

OZENNE.

I. — Case of large chylous cyst of the mesentery, par RASCH (*Brit. med. j.*, *p.* 1099, *novembre* 1889).

II. — Note on mesenteric and omental cysts, par Spencer WELLS (*Brit. med. j., p.* 1361, 14 *juin* 1890).

I. — Une fille de 21 ans, anémique, éprouve de vives douleurs abdominales. On constate chez elle une tumeur volumineuse, élastique, occupant la partie médiane du ventre. Opération. La tumeur se montre sous l'aspect d'un kyste d'une couleur rose pâle : à la ponction s'échappe un liquide blanc comme du lait. L'examen démontre que ce qui semblait un kyste est formé par les deux lames du mésentère séparées l'une de l'autre par un liquide laiteux qui n'est autre chose que du chyle. Lavage de la cavité, section des bords, suture à la paroi abdominale, pansement iodoformé et guérison. Pendant quelque temps, le liquide chyleux continue à couler par une fistule.

II. — 1° Fille de 19 ans. Tumeur abdominale centrale, fluctuante, s'étendant du foie à l'hypogastre; sonorité latérale et inférieure. On avait pensé à un kyste hydatique du foie, mais le développement de la tumeur faisait plutôt supposer une tumeur congénitale du mésentère ou de l'épiploon. Incision exploratrice : le mésentère apparaît kystique, d'un blanc jaunâtre. En l'ouvrant il s'écoule une matière demi-solide, graisseuse, renfermant des cheveux. Il s'agissait d'un kyste dermoïde. Guérison.

2° Fillette de 4 ans, portant une grosse tumeur sous-ombilicale évidemment kystique. Ponction aspiratrice. Liquide aqueux sans hydatides, légèrement albumineux. Reproduction du liquide : on en décide l'ablation. Laparotomie : on constate une expansion kystique de l'épiploon, adhérente à la fosse iliaque droite et au cæcum. Ponction, libération des adhérences,

excision d'une partie de l'épiploon, comme pour un kyste de l'ovaire. Guérison rapide. H. R.

Abdominal section in tuberculosis of the peritonæum and uterine appendages, par W. GARDNER (*N. York med. journ.*, *p.* 274, 8 *mars* 1890).

Dans les cinq cas de l'auteur, le diagnostic n'a pas été fait complètement avant l'opération. Voici le résumé des observations :

1° Ascite simulant un kyste de l'ovaire. On trouve une péritonite tuberculeuse avec une collection séro-purulente enkystée. Mort en six semaines. Tuberculose généralisée.

2° Péritonite généralisée, aiguë, devenant chronique. Mort au bout de six semaines.

3° Signes de métrite chronique et périmétrite consécutives à l'accouchement. On trouve une double salpingite tuberculeuse suppurée avec d'épaisses adhérences. Convalescence lente. Quinze mois après, on constate que l'amélioration s'est maintenue.

4° Signes de péritonite avec peu d'ascite et masses rétro-utérines. Le ventre étant ouvert, on voit un semis de granulations tuberculeuses ; on referme la plaie. Guérison lente, mais au bout de quatre mois grande amélioration.

5° Tuberculose des organes génitaux; tubercules du péritoine. Après l'ouverture on referme immédiatement la plaie sans tenter d'autre intervention. Amélioration très marquée. L. GALLIARD.

Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus, par Marcel BAUDOUIN (*Thèse de Paris*, *n°* 232, 1890).

Après un historique complet et une classification très claire des nombreux procédés décrits et employés depuis quelques années, on trouve dans ce travail une minutieuse description et une appréciation critique du manuel opératoire de tous ces procédés. 92 observations d'hystéropexie intra-abdominale dont 14 inédites, 8 observations d'hystéropexie extra-abdominale ont été analysées avec le plus grand soin, et résumées dans une série de tableaux. L'auteur de cette intéressante thèse résume son étude dans une série de conclusions dont voici les plus importantes :

La seule espèce d'hystéropexie, utilisée aujourd'hui et applicable à la cure des rétro-déviations de l'utérus est l'hystéropexie abdominale antérieure.

Elle peut être extra-péritonale ou intra-péritonale. L'hystéropexie intra-péritonale peut être faite : de propos délibéré (hystéropexie primitive), ou comme opération complémentaire d'une intervention intra-abdominale quelconque (hystéropexie complémentaire).

Le procédé à la fois le plus simple et le plus sûr est celui qui a été indiqué par G. Thomas, employé par Czerny et perfectionné par Terrier, procédé de la fixation directe avec sutures perdues horizontales.

L'hystéropexie intra-péritonéale est indiquée dans tous les cas de rétro-déviations utérines plus ou moins adhérentes ou graves, c'est-à-dire dans toutes celles qui s'accompagnent de douleurs très vives, continuelles, rendant le travail impossible et la vie insupportable ; c'est dans ces cas une opération de choix et non de nécessité. Elle est aussi indiquée dans les rétro-déviations douloureuses, anciennes alors même

qu'elles sont mobiles, et cela surtout s'il y a la moindre tendance au prolapsus.

Dans la rétroversion mobile, pure, sans lésions des annexes, on peut d'abord essayer l'Alexander ou même une opération vaginale.

L'hystéropexie proprement dite n'a, jusqu'aujourd'hui du moins, aucune contre-indication, tout tendant à prouver que la grossesse est possible ultérieurement.

L'hystéropexie complémentaire est indiquée dans tous les cas où l'on trouve l'utérus flottant ou rétro-dévié, au cours d'une laparotomie.

Les opérations plastiques sur le vagin peuvent être parfois nécessaires, comme opérations accessoires, mais seulement dans des cas bien déterminés et lors de lésions vaginales, vulvaires ou périnéales notables.

L'hystéropexie pure est absolument bénigne. Cependant le pronostic s'aggrave légèrement s'il y a des adhérences péri-utérines très nombreuses et très résistantes, ou s'il faut intervenir en même temps du côté des annexes.

L'hystéropexie extra-abdominale, fondée sur la crainte de l'ouverture du péritoine, est appelée aujourd'hui à disparaître.

Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins peut être essayé dans les déviations mobiles et sans tendance au prolapsus; il est impossible, à l'heure actuelle, d'établir, faute de faits suffisamment nombreux, un parallèle entre l'hystéropexie et le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, ou celui des ligaments larges ou utéro-sacrés. C. WALTHER.

Contribution à l'étude des kystes du vagin, principalement au point de vue historique et anatomique, par SANTONI (*Thèse de Paris*, 1890).

Après une étude historique assez complète des kystes du vagin, Santoni mentionne les opinions des auteurs sur la pathogénie de ces tumeurs; il en ressort qu'ils peuvent être divisés en deux classes, les uns d'origine embryonnaire, les autres accidentels. Les kystes embryonnaires prennent naissance aux dépens du corps de Wolff (Veit) et quelquefois, d'après Freund, aux dépens des canaux de Müller; quant aux kystes accidentels, tantôt ce sont des hygromas, tantôt ils proviennent d'un hématome, ou bien ce sont des kystes d'origine épithéliale (kyste glandulaire, épithélioma kystique) ou encore des tumeurs engendrées par une dilatation d'un vaisseau lymphatique (Klebs). Variables quant à leur contenu et à la structure de leur paroi, ces kystes présentent un revêtement épithélial formé le plus souvent de cellules cylindriques, quelquefois de cellules pavimenteuses. L'ablation est le traitement le plus recommandable, bien que l'électrolyse chimique ait parfois donné des résultats satisfaisants. OZENNE.

Uterine hemorrhage and ligation of the uterine vessels as a therapeutic expedient, par John MILLER (*New York med. record*, *p.* 284, 14 *septembre* 1889).

Après quelques considérations sur la distribution des vaisseaux de l'utérus et sur la métrorragie, l'auteur dit que dans trois cas il a employé ce moyen. Il faut désinfecter largement le vagin. Il faut comprendre une partie du tissu utérin, laisser la trompe en dehors et ne pas

remonter plus haut que l'extrémité supérieure du tiers moyen de l'organe. On pénètre avec l'aiguille près du col et en inclinant de son côté, puis en haut, en arrière et de nouveau en bas pour ressortir par le point d'entrée. On lie alors, et il suffit de laisser la ligature vingt-quatre heures. P. DUFLOCQ.

Ueber die Anwendung des Ichthyols bei Frauenkrankheiten, par H. W. FREUND (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 11, *p.* 249, 17 *mars* 1890).

Freund se loue fort d'avoir utilisé les propriétés d'antiphlogistique local et de calmant de l'ichthyol pour le traitement des maladies des femmes : pelvi-péritonites chroniques et subaiguës, inflammations chroniques des ligaments larges, métrites, ovarites et salpingites chroniques, érosions du col, prurit vulvaire, etc.

Il administre l'ichthyol à la fois intus et extra : pilules de 0,1 au nombre de 3 à 6 par jour; tampons vaginaux de glycérine ichthyolée à 5 0/0; frictions abdominales avec une pommade composée à parties égales de lanoline et d'ichthyol, ou bien avec un savon composé de 8 parties d'ichthyol pour 80 de savon noir; suppositoires rectaux d'ichthyol (0,05 à 0,2); badigeonnages du col avec l'ichthyol pur en cas d'érosions. (*R. S. M.*, XXXIII, 485.) J. B.

Hydrastinin gegen Uterusblutungen, par FALK (*Therapeut. Monatshefte*, 1890, *fasc.* 1, *et Berlin. klin. Woch.*, *n°* 10, *p.* 239; 1890).

L'hydrastinine a été préparée par Freund en oxydant l'hydrastine, alcaloïde de l'hydrastis canadensis. Le chlorhydrate d'hydrastinine est facilement soluble dans l'eau; en injections sous-cutanées, les solutions de 5 à 10 0/0 de ce sel provoquent moins d'irritation que celles d'ergotine.

De même que l'hydrastine, l'hydrastinine produit une élévation de la pression sanguine en agissant directement sur les vaisseaux. Mais l'hydrastinine a sur l'hydrastine l'avantage de ne pas provoquer la paralysie du cœur et des vaisseaux.

Falk a appliqué les propriétés vaso-constrictives de l'hydrastinine à la cure des hémorragies utérines. Le résultat a été excellent dans 22 cas sur 26. L'efficacité du nouvel hémostatique est surtout marquée dans la dysménorrhée congestive, l'endométrite et les tumeurs fibreuses de l'utérus.

En cas de dysménorrhée congestive, le meilleur mode d'emploi consiste à faire quotidiennement une injection de 5 centigrammes pendant les 8 jours qui précèdent les règles et deux injections semblables durant l'époque menstruelle.

Quand il s'agit d'hémorragies à retours irréguliers, le mieux est de faire deux ou trois fois par semaine une injection de 5 centigrammes. (*R. S. M.*, XXV, 133; XXVII, 75; XXVIII, 51 et 481; XXIX, 488, et XXX, 551.) J. B.

I. — Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et ses annexes, par PÉAN (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 *juillet* 1890).

II. — Du traitement de l'endométrite par le curetage de l'utérus, par BOUILLY (*Bull. Soc. de chir.*, *t. XVI*, *p.* 136, 142, 150).

III. — Traitement de l'endométrite par les flèches de chlorure de zinc, par POLAILLON (*Ibidem, p.* 225 *et* 229).

IV. — Traitement des endométrites, par REYNIER (*Ibidem, p.* 252 *et* 256).

I. — Les suppurations d'origine utérine siégeant dans l'utérus ou ses annexes réclament, d'après Péan, un traitement qui doit varier suivant le siège et l'étendue des lésions. Si la suppuration est limitée à l'utérus, il faut user des astringents et des caustiques et, en cas d'échec, essayer de la dilatation progressive ou le curetage de l'utérus.

Lorsque la suppuration occupe l'utérus, les trompes et les ovaires, si la tumeur ovario-salpingienne est petite et sans adhérences, la castration donne de bons résultats. Dans le cas où, les ligaments larges, les ovaires et le péritoine pelvien étant sains, la suppuration tubaire est unilatérale et située dans le voisinage immédiat de l'utérus, on peut désinsérer le vagin de ce côté, décoller le péritoine de la face latérale correspondante de l'utérus et inciser largement le foyer suppuré sans ouvrir la cavité péritonéale.

Quand on a affaire à une collection purulente occupant les culs-de-sac péritonéaux ou les ligaments larges, on peut la traiter par l'incision, le drainage et les injections antiseptiques.

Mais dans les cas où la suppuration occupe l'endomètre et le ligament large et a envahi les annexes et les culs-de-sac péritonéaux, c'est à l'hystérectomie qu'il faut s'adresser. Les différents temps de l'opération sont les suivants : désinsertion du col, ouverture des culs-de-sac péritonéaux, pincement et section des ligaments larges, ablation de l'utérus et excision des trompes et des ovaires, s'il y a lieu; tamponnement du vagin. En présence de suppurations graves de l'utérus et de ses annexes, la castration utérine vaginale doit être considérée comme le choix de l'avenir. OZENNE.

II. — Bouilly, depuis 1887, a pratiqué 81 curetages pour endométrite simple, c'est-à-dire non compliquée de grande déchirure avec ectropion. Il a pu suivre 69 des malades opérées par lui et vérifier, après un temps assez long, les résultats thérapeutiques.

Le curetage n'a été pratiqué qu'après des tentatives longtemps prolongées de traitement médical. Les symptômes qui ont surtout indiqué le curetage sont : 1° des ménorragies trop abondantes, prolongées ou rapprochées, soit d'un suintement sanguin intermenstruel presque constant ou revenant à l'occasion de causes minimes ; 2° des écoulements muqueux ou muco-purulents; 3° des douleurs accompagnant l'un ou l'autre de ces écoulements, surtout marquées au moment des règles ou persistant dans leur intervalle. La douleur seule, sans écoulement, n'a jamais été une indication à l'opération.

Sur les 69 malades qu'il a pu suivre, Bouilly a observé 39 guérisons complètes, définitives; 15 améliorations, c'est-à-dire disparition d'un ou de plusieurs des symptômes ayant donné l'indication opératoire ; 15 insuccès.

Les 39 guérisons comprennent 19 cas d'endométrite hémorragique et 20 cas d'endométrite muqueuse ou muco-purulente.

Les insuccès peuvent être attribués : 1° à une mauvaise technique opératoire; 2° à une réinfection rapide de la muqueuse utérine ; 3° à cer-

taines variétés d'endométrites, surtout endométrite glandulaire du col avec catarrhe muqueux, abondant, tenace, visqueux, adhérent, presque solide; 4° à la complication persistante des lésions des annexes.

Trélat apporte une statistique de 206 observations. Ce traitement est puissamment et largement curatif, sans inconvénient ni danger; le seul reproche qu'on puisse lui faire, c'est d'échouer quelquefois.

Le curetage est tout-puissant dans les endométrites hémorragiques; il en est à peu près de même dans les endométrites catarrhales pourvu qu'elles ne soient ni trop anciennes, ni accompagnées de déviations utérines; dans ces derniers cas, la cure est plus difficile et réclame parfois deux ou trois opérations successives.

Ce ne sont pas seulement les métrites du col à mucus cohérent qui sont rebelles; ce sont encore les métrites tuberculeuses et aussi les métrites blennorragiques; dans une de ces dernières, après trois curetages inefficaces, la guérison ne fut obtenue que par un mois de dilatation à la gaze iodoformée, avec quelques attouchements de teinture d'iode faits chaque semaine.

Le curetage échoue souvent quand il y a des lésions anciennes et bien établies des annexes. Cependant Trélat cite 5 cas de femmes atteintes de tumeurs salpingiennes, entrées dans son service pour y subir l'extirpation des annexes et qui sont sorties guéries totalement par le curetage utérin seul.

III. — Polaillon emploie la cautérisation intra-utérine avec des flèches de chlorure de zinc.

Il a employé 57 fois ce traitement avec les résultats suivants : 5 opérées n'ont pas été guéries, 1 a été améliorée, 11, se trouvant très soulagées, sont sorties prématurément du service et n'ont pu être suivies; 40 étaient guéries après un traitement de vingt-quatre jours en moyenne. Dans sa pratique en ville, sur 12 cas, Polaillon compte un insuccès, 3 améliorations très notables, 8 guérisons.

Sur 69 malades, 13 portaient des salpingites ou salpingo-ovarites, 3 restèrent non guéries, 2 furent améliorées, 8 furent débarrassées en même temps de l'endométrite et de l'inflammation des annexes; dans aucun cas la cautérisation n'a aggravé la salpingite.

Pozzi a fait, depuis quatre ans, environ 500 curetages. Il se sert d'une curette analogue à celle de Récamier et à bords émoussés. Pas de dilatation préalable à la laminaire.

Le traitement échoue dans les métrites catarrhales avec altération profonde du col, les métrites chroniques avec engorgement considérable du col.

La salpingite catarrhale simple peut guérir par le traitement de la métrite, il en existe plusieurs observations.

IV. — Sur 15 cas de curetage, Reynier n'a compté que 6 guérisons persistantes.

Dans 6 cas, il a employé la cautérisation avec les flèches de chlorure de zinc. Résultats immédiats, arrêt des hémorragies, arrêt de sécrétions.

Les douleurs ont été très vives pendant toute la journée et la nuit qui ont suivi la cautérisation.

Sur ses 6 cas, Reynier a constaté trois fois une atrésie consécutive de l'orifice utérin.

C. WALTHER.

Traitement électrique des tumeurs fibreuses par le tampon, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Bull. de la Soc. de chirurgie, XVI, p.* 127).

La méthode consiste à placer dans le vagin un électrode de platine enveloppé d'amadou, trempé dans l'eau salée et entouré d'une feuille de caoutchouc pour l'isoler de la paroi vaginale. La partie libre du tampon est en contact avec le col de l'utérus ou avec la partie du fibrome qui fait saillie dans le vagin. Dans certaines conditions, on obtient absolument les mêmes résultats qu'avec les hautes intensités, à la condition toutefois d'employer des intensités un peu plus élevées qu'avec l'électrode intra-cervical, mais surtout il faut adopter les renversements de courants.

Beaucoup plus facile que la méthode intra-cervicale, la méthode du tampon est aussi efficace. Elle s'applique à tous les cas dans lesquels la pénétration du col est impossible.

Dans les 20 cas rapportés par Championnière, et qui comprennent environ 250 applications, les intensités employées ont été de 80 à 120 milliampères; on a pu aller sans inconvénient à 140 et 150 milliampères, mais cela est généralement inutile.

Ces applications extra-cervicales sont beaucoup moins douloureuses et beaucoup mieux supportées que les applications intra-cervicales.

Les résultats obtenus ont été : la disparition des pertes, l'atténuation des hémorragies, la diminution des douleurs, la réduction du volume des fibromes. C. WALTHER.

Beiträge zur Behandlung grosser in Ausstossungbegriffener Uterusmyome (Laparotomie pour les fibromyomes utérins volumineux en voie d'expulsion), par FEHLING (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 21, *p.* 641, 1er *novembre* 1889).

L'ablation par le vagin des myomes sous-muqueux en voie d'énucléation donne encore entre les mains des chirurgiens les plus expérimentés une mortalité oscillant entre 14 et 25 pour cent. Dans les 3 cas qu'il rapporte, Fehling, rejetant de propos délibéré l'opération vaginale, a fait avec succès la laparo-myomotomie.

Chez les 3 femmes, la tumeur qui remplissait le vagin remontait jusqu'au thorax, l'anémie et l'épuisement étaient extrêmes et la fonte partielle du myome avait déterminé une endométrite septique compliquée de gangrène de la tumeur chez l'une.

L'ablation de ces tumeurs par laparotomie avec incision de l'utérus fut faite sans perte notable de sang. L'utérus et ses annexes furent enlevés.

Le pédicule utérin fut traité selon la méthode de Hegar, en dehors du péritoine, le péritoine étant suturé par-dessus la face antérieure du pédicule au-dessous de la ligature.

Les dernières statistiques semblent donner l'avantage au traitement extra-péritonéal du pédicule. Fritsch, sur 27 opérations avec abandon du pédicule dans la cavité abdominale, a eu 40 0/0 de décès, tandis que sur 33 opérations avec maintien du pédicule hors de la cavité péritonéale il n'a perdu que 15 pour cent de malades.

De son côté Fehling, qui ne réduit qu'exceptionnellement le pédicule,

a pratiqué 25 opérations selon la méthode de Hegar et il n'a eu que 2 décès, soit une mortalité de 8 0/0.

Le seul inconvénient de la méthode de Hegar est la durée plus longue de traitement secondaire. Fehling a cherché à y remédier. D'abord il n'attend plus que le pédicule complètement desséché tombe de lui-même; mais il le détache au plus tard dans la 3e semaine avec les ciseaux de Cooper, sans avoir eu d'hémorragie secondaire chez 3 femmes qu'il a traitées de cette façon. En outre, il pratique la suture secondaire de l'entonnoir de la plaie avec des fils d'argent. Une fois le pédicule sectionné et l'entonnoir bien nettoyé, il racle les bourgeons charnus et avive avec les ciseaux et le bistouri; en plaçant les sutures, on veillera à ne pas léser le péritoine dans l'entonnoir. Au moyen d'un drain en verre ou en caoutchouc, on maintient seulement béant un petit orifice pour le canal cervical.

J. B.

De l'extraction par les voies naturelles des fibromyomes utérins intra-pariétaux par la méthode de Vulliet, par Em. JULLIARD (*Thèse de Genève*, 1889).

Après avoir pratiqué la dilatation par la méthode lente, tige de laminaire, puis tamponnement successif avec le coton iodoformé, l'utérus étant mobilisé s'il n'était pas abaissable, puis abaissé, on fait un débridement d'une longueur égale à la longueur du plus grand diamètre du néoplasme et d'une profondeur intéressant tous les tissus qui le séparent de la lumière cavitaire ; si la tumeur proémine on peut procéder à une énucléation partielle ou totale immédiate; si elle ne proémine pas il faut se garder de commencer une énucléation qui ne peut aboutir qu'à créer un traumatisme inutile. Après quelques jours (de 2 à 15), la tumeur s'engage dans l'issue qui lui a été faite et se transforme en un polype dont le pédicule se trouve implanté au niveau de l'incision où elle fait saillie et devient directement accessible aux instruments de la main du chirurgien. — Souvent il sera impossible d'enlever tout en une séance. On fait un pansement aseptique. Ce qui reste du néoplasme continue sa migration, et au bout d'un nombre de jours présumé entre 4 et 10 on peut commencer une nouvelle intervention.

Il faut quelquefois jusqu'à 4 séances pour avoir le néoplasme en entier. Les hémorragies sont moins à craindre grâce à la dilatation qui exerce une action hémostatique évidente.

F. VERCHÈRE.

Zur Frage über Lebensfähigkeit sehr kleiner zur frühgeborener Kinder (De la vitalité des enfants très petits nés avant terme), par A. HOLOWKO (*Centr. für Gyn.*, n° 14, 5 *avril* 1890).

Holowko rapporte l'observation d'un enfant du sexe féminin, qui, né au terme de 27 semaines, pesant 1300 grammes et long de 37 centimètres, put être élevé et conservé à la vie. Il fut placé dans le berceau incubateur de Credé, et nourri pendant les quatre premiers jours avec du lait de vache coupé au quart. Dès le quatrième jour il put prendre très bien le sein et se développa rapidement. Au bout de 9 semaines, il pesait 3010 grammes et avait 50 centimètres de longueur. Il avait ainsi acquis le volume d'un enfant à terme en moins de temps que s'il avait continué à vivre dans l'utérus.

L'auteur insiste sur ce fait qu'il faut, au point de vue de la vitalité

des enfants nés très prématurément, tenir compte non seulement de leur poids, mais du développement de leur thorax et de l'établissement plus ou moins parfait de la respiration, et aussi de la vigueur de leur système musculaire. CH. MAYGRIER.

Présentation de l'oreille, par GARRIGUES (*Amer. j. of the med. sc., p.* 577, *juin* 1890).

M. B..., 31 ans, troisième enfant. — L'accouchement semble à terme. Douleurs débutent le 22 novembre à 11 heures du matin. Le col admet l'index. A 7 heures 30, il n'y a pas de changement notable. A 10 heures 30, on fait un nouvel examen de la femme et on trouve le côté gauche de la fontanelle postérieure et à droite de celle-ci l'oreille gauche. Le cœur battait 140 à deux doigts à droite et au-dessous de l'ombilic. La malade fut placée dans la position de Sims et on put alors chercher l'œil gauche. Il ne fut possible de trouver ni la suture sagittale ni aucune autre fontanelle pendant cette recherche. Mais en pressant la partie du fœtus vers le côté gauche de la mère et en poussant sur la tête la fontanelle postérieure devint accessible; Garrigues fit alors coucher la mère sur le côté gauche de façon à maintenir la position obtenue.

A 11 heures 30, la dilatation se faisait bien et le fœtus se présentait en occipito-iliaque gauche antérieure. Ni la fontanelle antérieure, ni l'œil, ni l'oreille, n'étaient accessibles au doigt. A 4 heures 15 du matin, les eaux se perdirent, et presque immédiatement après l'issue du fœtus se produisit. Les suites de couches furent normales. F. VERCHÈRE.

Histoire obstétricale d'une femme rachitique dont le diamètre sacro-pubien mesure 7 centimètres et demi, par CHARLES (*Bull. de l'Acad. royale de médecine de Belgique*, n° 5, *p.* 311 ; 1890).

Le premier accouchement se termine par céphalotripsie. Les quatre suivants sont provoqués entre sept mois et sept mois et demi, d'une manière heureuse pour la mère et l'enfant. De ce fait et de quelques autres qu'il résume, l'auteur tire la conclusion suivante :

En présence des résultats favorables de l'opération césarienne et de la vitalité insignifiante des nouveau-nés au-dessous de sept mois, la limite inférieure de l'accouchement prématuré artificiel doit être fixée à 7 centimètres.

Hubert fils, à ce propos, la fixe à 6 centimètres et 1/2 et même à 6 centimètres. LEFLAIVE.

D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation du siège, par MANTEL (*Thèse de Paris*, 1889).

L'auteur pense que lorsque l'enfant présente le siège décomplété, mode des fesses, que la dilatation du col est complète, lorsqu'il n'y a pas d'engagement de la partie fœtale, il faut abaisser un pied, devrait-on, pour y arriver, rompre la poche des eaux.

Pour abaisser le pied, l'auteur recommande la manœuvre suivante, pratiquée par Pinard : on recherche le creux poplité, on y exerce une forte pression à l'aide de quatre doigts, elle a pour but de fléchir la jambe qui vient au contact avec la main. Alors, trois doigts restant en place, l'index passe au-dessus du genou et glisse sur la face antérieure de la jambe qui, se trouvant ainsi saisie, peut être facilement abaissée.

Il faut de préférence abaisser le membre inférieur antérieur. L'auteur

est partisan de l'extraction immédiate du fœtus après l'abaissement du pied. PORAK.

Étude clinique sur un mode d'application de forceps dans les occipito-transverses, par REMY (*Revue médicale de l'Est*, n° 11, *p.* 321 ; 1890).

Dans les positions occipito-transverses (en dehors des cas de rétrécissement sérieux du bassin) on peut appliquer le forceps dans le diamètre transverse ; l'extraction de la tête, saisie du front à l'occiput, est facile et sans danger pour l'enfant. Si l'on a soin de desserrer la vis de pression dans l'intervalle des tractions, on peut voir la tête évoluer dans l'instrument.

Il faut savoir que l'application de l'instrument a parfois pour effet de faire tourner l'occiput soit en avant (vérifier la position avant l'application de la seconde branche), soit en arrière, ce qui est défavorable. LEFLAIVE.

De la délivrance dans le cas de fœtus mort et macéré, par VALENTIN (*Thèse de Paris*, 1889).

De l'examen du placenta appartenant au fœtus mort macéré, l'auteur est arrivé à quelques résultats intéressants. Les membranes et chorion subissent tout particulièrement des altérations caractérisées par une dégénérescence granulo-graisseuse. Dans l'amnios, le revêtement épithélial seul se modifie, les cellules se déforment, deviennent granuleuses et même tombent au bout de huit jours environ de macération. Les cellules du chorion sont plus grosses, moins tassées à mesure qu'elles se rapprochent de la caduque ; la dégénérescence s'accuse proportionnellement à l'époque reculée de la mort du fœtus. Le tissu conjonctif qui sépare le chorion de la caduque s'infiltre de cellules graisseuses et disparaît. Même dégénérescence graisseuse pour les éléments de la caduque, souvent séparés par des cristaux d'acides gras. Les vaisseaux du chorion et de la caduque s'épaississent et se sclérosent d'abord, s'oblitèrent ensuite. Les altérations de la partie villeuse du placenta et du cordon sont moins importantes, mais d'ailleurs de même nature.

La délivrance n'est généralement pas difficile dans ces cas, l'hémorragie est ordinairement moins accusée. Mais les membranes sont plus friables, se déchirent souvent et sont retenues. Cette rétention est presque constante pour la caduque. Ordinairement cet accident n'est suivi d'aucune conséquence sérieuse, ni en particulier de fièvre. PORAK.

Should pregnancy be terminated prematurely in cases of phtisis? (Doit-on provoquer l'avortement chez les femmes phtisiques?) par William DUNCAN (*British. med. j.*, *p.* 132, 18 *janvier* 1890).

Discussion intéressante à la société obstétricale de Londres. Duncan rapporte le fait d'une jeune femme dont la tuberculose marchait à grands pas sous l'influence de la grossesse ; l'avortement enraya sensiblement le mal. Il pose en principe que, contrairement aux assertions classiques, la grossesse accélère toujours et aggrave la marche de la phtisie, ce qui légitime l'intervention. Tout en acceptant le fait clinique, Playfair, Priestley et Champneys s'élèvent contre l'avortement provoqué, qui n'est

jamais légitimé que dans un péril urgent et immédiat de la mère. D'ailleurs, quelques accoucheurs, comme Matthews Duncan et Routh, contestent l'action délétère de la grossesse et font remarquer que l'accouchement et surtout la lactation sont bien plus nuisibles aux phtisiques que la gestation. H. R.

Ein Fall von « missed abortion » (Avortement retardé), par J. BALIN (*Centr. für Gyn.*, n° 14, 5 *avril* 1890).

Femme de 29 ans, ayant eu trois enfants à terme et deux fausses couches. Elle était nourrice depuis 20 mois, lorsque des signes de grossesse apparurent. Mais elle ne sentit jamais remuer, et son ventre cessa de grossir à partir de quatre mois. Elle resta plusieurs mois dans cet état sans que les règles reparussent. A l'examen on trouvait un utérus mou, mobile, un peu douloureux, ayant le volume d'un utérus gravide de quatre mois.

A huit mois environ, après le début de cette grossesse supposée, la femme est prise de douleurs, a une petite hémorragie et expulse un fœtus momifié de 14 centimètres de long; pas une goutte de liquide amniotique.

La rétention avait duré plus de 4 mois; une rétention aussi prolongée est rare. Les causes en sont le plus souvent obscures. L'état général de la femme doit jouer un grand rôle, car l'auteur rapporte que la rétention du fœtus mort a été observée trois fois chez la même femme, dans des conditions analogues aux précédentes. CH. MAYGRIER.

Un cas de rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'utérus, par THÉVARD (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 24 *juin* 1890).

Femme rachitique, secondipare, étant en travail d'enfant, ressent tout à coup une douleur plus forte, puis tout travail cesse et des nausées et un hoquet persistant apparaissent. Six heures plus tard on constate par la palpation abdominale une forte dépression ou une solution de continuité dans la paroi antérieure de l'utérus; aucun bruit fœtal à l'auscultation. De plus le toucher vaginal fait reconnaître l'existence d'un rétrécissement très prononcé et en même temps au détroit supérieur une masse molle, qui paraît être le placenta. La laparotomie ayant été rejetée pour différentes raisons, on tente, le lendemain, par la version, l'extraction du fœtus, dont le tronc seul peut être entraîné au dehors. On pratique la décollation et ensuite une tentative de forceps sur la tête, mais elle reste infructueuse.

La laparotomie est alors immédiatement exécutée. La tête du fœtus, qui a passé à travers une large déchirure de l'utérus, est trouvée dans la cavité péritonéale et extraite. Quant à l'utérus, il a été refoulé sous la face inférieure du foie, parfaitement intact; on constate alors que son col porte autour de lui une couronne formée par les lambeaux des attaches vaginales. L'organe étant ensuite remis en place, la plaie abdominale est refermée à l'aide de deux rangées de sutures. Suites excellentes et guérison.

A l'examen de la malade, fait deux mois après cette intervention, Guéniot a noté que le vagin offre une profondeur et une amplitude normales; que sa muqueuse est lisse, mobile et souple; que le col intérieur se présente, au fond du vagin, en son lieu accoutumé, mais qu'il est presque entièrement dépourvu de saillie; qu'enfin il existe un rétrécissement rachitique très accusé. De ces particularités il ressort que l'arrachement de l'utérus de ses attaches vaginales ne saurait être admis, comme le pense Thévard; mais qu'on s'est trouvé en présence d'une large déchirure de l'utérus, déchirure produite en un lieu d'élection, c'est-à-dire sur la paroi antérieure, à la jonction du col et du corps, juste au-dessous de l'épaississement connu sous le nom d'anneau de constriction. OZENNE.

Noch ein mal die Vereinfachung des Kaiserschnittes (Nouvelles remarques sur la simplification de l'opération césarienne), par FRITSCH (*Centr. für Gyn.*, *n°* 13, 29 *mars* 1890).

Fritsch revient sur la question de la simplification de l'opération césarienne (voy. *R. S. M.*, XXXV, p. 204). Pour lui, la suture séro-séreuse de Sænger est inutile, et ne met pas à l'abri de l'hémorragie.

La méthode qu'emploie Leopold n'est pas tout à fait celle de Sænger, car il fait des sutures profondes et superficielles, ces dernières intéressant outre la séreuse une partie de la musculeuse. Cependant, ce mode d'occlusion de l'utérus n'est pas suffisant, car Leopold a rapporté un cas de mort par hémorragie à la suite de son emploi.

Fritsch a recours à des sutures qui intéressent toute l'épaisseur de la paroi utérine. Il attache en outre une grande importance à la longueur de l'incision. Il estime que les 8 centimètres indiqués par Leopold, ne donnant naissance qu'à une ouverture de 16 centimètres, sont insuffisants pour le passage d'une tête fœtale qui mesure une circonférence d'environ 33 centimètres.

Il pratique une incision de 15 centimètres, et au lieu de se contenter, comme Leopold, de 5 à 6 sutures profondes et de 6 à 8 superficielles, il place 15 sutures, et obtient ainsi une occlusion parfaite qui supprime tout danger d'hémorragie. CH. MAYGRIER.

Results of the Porro caesarean operation in all countries, par Robert HARRIS (*Brit. med. j.*, *p.* 68, *janvier* 1890).

L'auteur donne le statistique suivante relative à la mortalité de l'opération de Porro comparée à celle de l'opération césarienne ; voici les deux tableaux :

A. *Opération de Porro.*

	cas	guérisons	morts
Italie	91	47	44
Autriche	60	42	18
Allemagne	44	23	20
France	17	6	11
Angleterre	12	5	7
Russie	10	8	2
États-Unis	8	2	6
Belgique	5	3	2
Écosse	5	1	4
Suisse	6	5	1
Australie	2	2	0
Espagne	1	0	1
Mexico	1	0	1
Japon	1	1	0

B. — *Opération césarienne.*

	cas	guérisons	morts
Allemagne	94	81	13
Autriche	32	26	6
États-Unis	26	11	7

Russie	10	7	3
France	4	2	2
Italie	4	2	2
Hollande	9	9	0
Angleterre	3	1	2
Indes	2	1	1
Suisse	2	2	1
Damemark	1	1	0
Norvège	1	1	0

H. R.

An address upon the surgical aspect of impacted labour (Des indications chirurgicales de la dystocie), par Lawson TAIT (*Brit. med. j., p.* 657, 22 *mars* 1890).

Lawson Tait pose en principe que l'amputation de l'utérus par la méthode de Porro a diminué des trois quarts la mortalité de l'ancienne opération césarienne, et que, par suite, l'indication se pose de la pratiquer toutes les fois que le bassin est très rétréci et manifestement incapable de laisser se terminer l'accouchement par forceps ou par version. Il insiste sur la simplicité du procédé opératoire, qui ne demande pas d'instrumentation particulière et peut être exécuté par tout le monde.

1er temps; incision de la paroi abdominale, section des tendons des muscles droits de l'abdomen, ouverture du péritoine.

2e temps; reconnaissance des rapports de l'utérus et de la vessie; application d'un tube de caoutchouc fort au niveau du col utérin, de façon à faire un serre-nœud énergique.

3e temps; incision, sur la ligne médiane de l'utérus, d'une petite boutonnière par laquelle on introduit le doigt : on reconnaît la position du fœtus; après quoi on agrandit l'incision et on saisit le pied du fœtus, qui est soigneusement extrait et toujours vivant. Immédiatement après, on va à la recherche du placenta, qui est enlevé de la même manière. L'utérus est alors rétracté sur lui-même et vide de son contenu : il devient facile à attirer au dehors par l'incision abdominale : la ligature élastique est resserrée à nouveau par un second nœud. Cela fait, on transfixe l'utérus par de grandes aiguilles, et on le sectionne immédiatement au-dessus de la ligature élastique. Le moignon est touché avec une solution de perchlorure de fer et pansé antiseptiquement. H. R.

I. — Ueber Extrauterinschwangerschaft (Des grossesses extra-utérines), par OLSHAUSEN (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 8, *p.* 181, 24 *février* 1890).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem, p.* 182, *et n°* 9, *p.* 202, 3 *mars*).

I. — Olshausen croit que le précepte de Litzmann (*R. S. M.*, XIX, 174) et de Werth (*R. S. M.*, XXVI, 188) d'attendre la mort du fœtus, pour n'opérer si possible que 10 semaines plus tard, n'a plus de raison d'être. On doit au contraire, sans égard pour la vie et la viabilité de l'enfant, opérer toujours le plus tôt possible dans l'intérêt de la mère, parce que

le danger de l'opération est moindre que le péril permanent dans lequel la femme se trouve. Dans chaque cas on doit s'efforcer d'extraire immédiatement la totalité du kyste fœtal et partant ne pas le suturer aux parois abdominales avant de l'inciser, à moins qu'il n'y ait des signes d'infection putride. Voici les conclusions d'Olshausen.

1° Dans les premiers mois d'une grossesse extra-utérine, dès que le diagnostic paraît certain, avant la rupture du kyste, la laparotomie et l'ablation du sac fœtal sont indiquées.

2° A la même époque, si la rupture est effectuée, il n'y a lieu d'intervenir chirurgicalement qu'en cas de phénomènes très menaçants.

3° Lorsque les premiers mois d'une grossesse extra-utérine sont passés avec ou sans phénomènes et que l'œuf continue à croître, plus vite on opère mieux cela vaut.

4° Dans la seconde moitié de la grossesse, que l'enfant soit vivant ou mort, et sans s'inquiéter de sa viabilité, on doit opérer, parce que l'expectative est plus périlleuse que l'opération.

5° Autant que possible, on doit enlever la totalité du kyste fœtal. Sinon on le suturera à la paroi abdominale et on fera un drainage à ce niveau.

L'élytrotomie et le drainage par le vagin doivent être rejetés.

6° Pour se mettre à l'abri d'hémorragies dangereuses durant l'opération, il est bon de lier vite les artères utéro-ovarienne et utérine.

7° L'avenir montrera s'il est certains cas où l'on puisse laisser le placenta en place et refermer aussitôt la cavité abdominale.

II. — 1° Martin compte 21 opérations de grossesses extra-utérines, et néanmoins il en est revenu à sa première opinion que le diagnostic dans les premiers mois n'est pas chose aisée.

Martin est d'accord avec Olshausen pour déconseiller la pratique recommandée par Friedreich et plus récemment par Winckel, de tuer le fœtus par des injections et d'en attendre l'élimination spontanée. L'ablation du kyste fœtal est bien préférable, surtout quand elle est complète. Mais quand cela est impossible, Martin reste partisan du drainage vaginal avec fermeture de la plaie abdominale ; en procédant ainsi l'antisepsie est plus facile et l'on n'a pas à craindre des fistules persistantes. En résumé, comme Olshausen, Martin est d'avis d'opérer les grossesses extra-utérines dès que le diagnostic est établi et sans s'inquiéter si le fœtus est vivant ou mort.

2° L. Landau estime que le diagnostic des grossesses extra-utérines est plus facile qu'il y a 15 ans, cela surtout grâce aux laparotomies. Il a observé 24 cas de grossesse extra-utérine dont 19 ont été l'objet d'opérations.

Il pense que ce qu'il y a de mieux à faire avant la rupture du kyste une fois le diagnostic posé est la laparotomie. Toutefois il reste partisan des injections morphinées lorsque le diagnostic n'est pas certain ou que les circonstances extérieures ne permettent pas la laparotomie (défaut d'assistance ou d'expérience de médecin, etc.). L'efficacité des injections lui paraît due non à la morphine, mais à la ponction même du kyste, aussi les pratique-t-il exclusivement par le vagin et les regarde-t-il comme absolument inoffensives et utiles. Il restera d'ailleurs la ressource de la

laparotomie si le fœtus continue à s'accroître ou si, ce que Landau ne croit pas, il si produit une hémorragie.

3° Veit croit que la majorité des gynécologistes est d'accord avec Olshausen sur le traitement chirurgical de la 2e moitié de la grossesse extra-utérine. Quand le fœtus est vivant, le diagnostic des grossesses tubaires est possible dans les premiers temps, grâce à la mollesse toute spéciale du sac fœtal constitué par la trompe; cette absence de consistance ne se retrouve dans aucun autre espèce de tumeurs tubaires. Veit a diagnostiqué et opéré 2 cas de ce genre. Malheureusement, il est beaucoup plus commun d'avoir affaire à des fœtus morts, et alors le diagnostic est bien plus difficile. La mort du fœtus n'empêche pas la continuation de l'hémorragie qui entraîne la rupture de la trompe; aussi les injections fœticides sont-elles sans utilité. La conduite à tenir en cas d'hémorragie intra-abdominale est dictée par les résultats de l'exploration. Si l'épanchement sanguin est enkysté, on peut attendre. C'est ainsi que Veit a procédé avec succès chez 5 femmes moribondes, n'ayant déjà plus de pouls, mais présentant au côté de l'utérus une tumeur dure formée par un hématome ou une hématocèle. Si au contraire le sang se déverse librement dans la cavité abdominale, on ne sent pas de tumeur à la palpation, il faut opérer comme Veit l'a fait dans 4 autres cas.

4° Czempin est d'avis que le diagnostic des grossesses extra-utérines n'est pas toujours commode dans les premiers temps, bien que l'an dernier il ait diagnostiqué et opéré avec succès 4 cas de ce genre. Le diagnostic est bien facilité quand chez une femme n'ayant plus ses règles on trouve, à côté d'un utérus volumineux comme au 4e mois d'une grossesse normale, une tumeur de dimensions un peu supérieures. Mais il en est tout autrement dans les cas plus rares où la grossesse extra-utérine ne s'accompagne pas d'un développement sympathique de l'utérus; Czempin a observé 2 faits de cet ordre. La consistance molle du kyste fœtal tubaire est alors un signe précieux, mais il peut faire défaut chez les femmes obèses. D'autre part, quand, à côté d'un utérus developpé comme au 3e mois d'une grossesse, on constate une tumeur de la grosseur du poing, il est encore plus difficile de faire le diagnostic différentiel entre une grossesse extra-utérine et une tumeur ovarienne compliquant une grossesse normale. Czempin pense qu'il faut alors attendre une semaine ou deux avant de se décider à l'opération. Le volume des kystes fœtaux extra-utérins augmente plus rapidement que celui des utérus gravides, et d'ailleurs l'erreur de diagnostic ne serait pas grave, car il est tout à fait légitime d'opérer, même pendant la grossesse, une tumeur de l'ovaire dont les développements sont rapides.

Les difficultés diagnostiques sont encore plus grandes quand on se trouve en présence d'hémorragies survenant peu après la suppression d'une période menstruelle. Au lieu d'une grossesse extra-utérine, on peut alors avoir affaire à un avortement chez une femme ayant en même temps une tumeur de l'ovaire ou de la trompe. Exceptionnement l'opération d'une grossesse extra-utérine dans les premiers temps peut être très difficultueuse. J. B.

De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachélorraphie et l'amputation du col de l'utérus, par A. DUCASSE (*Thèse de Paris*, 1889).

La trachélorraphie n'est indiquée que dans les cas de cicatrisations vicieuses du col déchiré. D'après les observations recueillies par l'auteur et quelques-unes inédites l'auteur conclut que cette opération ne diminue pas la fécondité, qu'elle est moins souvent suivie d'avortement qu'avant d'avoir été exécutée, qu'elle n'est pas une cause de travail prolongé. L'auteur n'a trouvé que 3 cas de travail prolongé, chiffre trop peu élevé pour permettre une conclusion.

Lorsqu'il existe une lésion de la muqueuse, c'est au curage et à l'opération de Schrœder qu'il faut avoir recours. Cette opération et les cas d'amputation du col déterminent une cicatrice circulaire du col. Dans un grand nombre de ces cas, la conception, impossible auparavant, se produit ensuite. L'accouchement n'est ordinairement pas difficile malgré l'inextensibilité du tissu cicatriciel. Cette rigidité du col est cependant quelquefois observée, mais elle est bien plus à craindre après l'ablation du col à l'aide de l'anse thermo- ou galvano-caustique qu'à la suite de l'ablation à l'aide de l'instrument tranchant. PORAK.

MALADIES DES ENFANTS.

Les maladies de croissance, par COMBY (*Archives de médecine, février et mars* 1890).

Un certain nombre de conditions influent sur la naissance de l'enfant, surtout dans la période la plus active de la croissance (de 12 à 15 ans). Parmi ces conditions, les unes sont hygiéniques et tiennent aux conditions matérielles de la vie de l'enfant; les autres sont d'ordre pathologique (la fièvre typhoïde est tout particulièrement à citer à ce point de vue).

Ces états morbides multiples et variés résultent directement de la naissance.

Du côté du système osseux, tout particulièrement frappé, on relève comme troubles dus à la naissance : des douleurs osseuses épiphysaires ou juxta-épiphysaires qui, suivant Bouilly, seraient parfois accompagnées de fièvre, des exostoses de développement, la tarsalgie des adolescents, l'ongle incarné, la scoliose, des ostéites et des périostites.

Les troubles du système circulatoire peuvent se révéler par des palpitations, par des symptômes tenant au cœur forcé, par l'anémie.

Du côté du système nerveux, on peut observer une céphalalgie de croissance, l'asthénopie accommodative, des névralgies diverses, la gastralgie.

Le traitement des maladies de naissance doit être surtout hygiénique.

RICHARDIÈRE.

De l'achondroplasie, par PORAK (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., novembre-décembre* 1889, *janvier à juillet* 1890).

Les lésions du rachitisme existent certainement chez les nouveau-nés, mais elles passent le plus souvent inaperçues. On a donné le nom de rachitisme intra-utérin à une maladie qui n'a aucun rapport avec ces lésions, et qu'on doit désigner sous le nom d'achondroplasie, pour éviter toute confusion.

Elle est caractérisée par des troubles de nutrition profonds : hydramnios, hydrocéphalie, qui font penser qu'elle est sous la dépendance d'un fonctionnement anormal du système nerveux général. Ce qui domine dans ses lésions, c'est un épaississement du tissu cellulaire sous-cutané et une évolution profondément troublée de l'ossification épiphysaire des os longs, d'où son symptôme capital de brièveté et d'épaississement des os des membres.

Son pronostic est très grave, mais pas absolument mortel. Lorsque les achondroplasiques survivent, ils présentent une apparence tout à fait spéciale. Ils ont une petite taille, dépassant rarement $1^m,20$; ils sont micromèles; ils sont obèses; mais ils ont marché de bonne heure et ne présentent aucun autre arrêt de développement physique ou psychique. L'auteur a réuni 4 observations d'achondroplasie chez l'adulte. Il a étudié le squelette entier appartenant à cette maladie.

L'achondroplasie existe chez le chien, le mouton, le bœuf, où elle caractérise la race des bassets.

Le seul point étiologique de l'achondroplasie connu est l'hérédité.

Au point de vue obstétrical, le bassin des achondroplasiques est profondément modifié dans ses dimensions, et présente des caractères si nets qu'ils peuvent constituer un type spécial de bassin. Ce bassin est rétréci dans toutes ses dimensions et proportionnellement à la brièveté des membres inférieurs qui commandent son développement. Le poids relativement considérable du tronc et de la tête a, de plus, pour résultat de faire basculer le sacrum de façon à constituer un diamètre conjugué vrai, mesurant dans tous les cas 6 centimètres à peu près. Le rétrécissement est donc si marqué qu'il indique l'opération césarienne lorsque l'achondroplasique est à terme, et que son enfant est vivant. P.

Interpeduncular Myxosarcoma, par STARR (*N. York med. journ., p.* 79, 20 *juillet* 1889).

A l'autopsie d'un enfant de 21 mois, l'auteur a constaté un myxosarcome situé sur la ligne médiane, entre les pédoncules cérébraux, pénétrant dans les ventricules latéraux, séparant les noyaux caudés et les couches optiques. Protubérance normale, non comprimée.

L'enfant avait eu, à l'âge de 13 mois, du nystagmus intermittent, plus tard une exophtalmie progressive, croissante jusqu'à la mort ; perte des réflexes de l'iris, perte des mouvements de convergence des yeux. Plus tard, exagération des réflexes rotuliens, contracture spasmodique des pieds, paraplégie.

Enfin, atrophie des nerfs optiques, ataxie des membres supérieurs, mort brusque. L. GALLIARD.

A case of multiple tubercular tumours... (Tubercules multiples du cerveau chez un enfant de 7 mois), par John Lindsay STEVEN (*Brit. med. j., p.* 1244, 31 *mai* 1890).

Enfant de 7 mois, jusque-là très vigoureuse. A cette date, elle paraît engourdie : la moitié droite de la face a peu d'expression : on note du nystagmus, un léger strabisme, de l'inégalité pupillaire. Quelques jours plus tard, symptômes douloureux du côté de l'oreille et paralysie de l'orbiculaire palpébral droit ; bientôt paralysie du bras et de la jambe gauche. L'enfant dépérit progressivement, avalant mal, mais ne vomissant pas et gardant un pouls régulier.

A l'autopsie, noyaux caséeux disséminés à la surface du cerveau aux points suivants :

a. Deux noyaux au pont de Varole, le plus volumineux du côté droit de la ligne médiane ;

b. Un noyau sur le lobe gauche du cervelet;

c. Un à la partie supérieure et antérieure du cervelet ;

d. Plusieurs nodules sur la couche optique gauche et sur le plancher du quatrième ventricule.

Les symptômes cliniques les plus saillants étaient en rapport avec les tubercules de la protubérance : il est remarquable que ceux de la couche optique n'avaient donné lieu à aucune parésie des membres à droite.

H. R.

A case of cerebral abcess localised and opened, par E. WILLIAMSON (*Brit. med. journ., p.* 235, *février* 1890).

Enfant de 15 ans, atteint six mois auparavant par un éclat de fer qui avait fait une plaie crânienne et déterminé une hémiplégie gauche passagère. Depuis lors il était sujet à des attaques convulsives, souffrait fréquemment de la tête et vomissait de temps en temps. Les accès se caractérisaient par une sensation douloureuse à la commissure gauche de la bouche, avec contractions spasmodiques des paupières, sans extension au bras, ni perte de connaissance.

A partir de son admission à l'hôpital, accroissement de la céphalée, hyperesthésie de la mâchoire, intelligence diminuée ; bientôt déviation conjuguée des yeux du côté droit, état comateux.

Trépanation au point correspondant au centre des mouvements de la face. Dure mère saine. Une aiguille aspiratrice enfoncée directement en ce point tombe sur un petit abcès circonscrit; l'exploration par l'aiguille dans tous les sens ne révèle aucun autre foyer.

Suites immédiates de l'opération très satisfaisantes : disparition de la céphalée, retour de la parole, cessation des urines involontaires, etc. Cette amélioration dure une semaine, après quoi récidive de nouveaux accidents de céphalée et de stupeur. Mort le onzième jour après l'opération.

L'autopsie révèle cinq foyers abcédés : le premier au tiers inférieur de la frontale ascendante, c'est celui qui avait été ouvert; le second à la partie postérieure de la frontale moyenne, le troisième sur le gyrus supra-marginal; le quatrième, sur le gyrus angulaire et la première temporo-sphénoïdale, avait le volume d'une mandarine; le cinquième occupait la deuxième frontale.

H. R.

A case of poliomyelitis chronica occurring in a child aged five years, par W. KIRKHAM (*Brain, p.* 100, *avril* 1890).

Fillette de 5 ans, sans convulsions antérieures. Depuis un mois, marche

incertaine et jambes faibles, sans atrophie musculaire apparente : réflexe patellaire normal. Bientôt faiblesse croissante, plus marquée à gauche, sans troubles sensitifs; diminution de la contractilité faradique et galvanique, réaction de dégénérescence, atrophie musculaire visible. Cet état de choses persiste deux mois : après quoi, retour graduel de la motilité et de la nutrition musculaire. Quatre mois après, guérison complète.

L'auteur ne discute pas la possibilité d'une polynévrite. H. R.

I. — Remarks on some points... (Des paralysies qui surviennent dans les deux premières années de la vie), par H. ASHBY (*Brit. med. j., p.* 281, *février* 1890).

II. — Two cases of congenital cerebral palsy, par Mansel SYMPSON (*Ibidem, p.* 283).

III. — Hemiplegia accompanied by loss of speech in children, par Thomas OLIVER (*Ibidem, p.* 284).

IV. — The paralyses of childhood, par Will. SQUIRE (*Ibidem, p.* 285).

I. — D'après Ashby, les paralysies de la première enfance peuvent se ranger sous six chefs différents :

a. Lésions intra-utérines (méningo-encéphalites).
b. Hémorragie méningée.
c. Artérite syphilitique et ramollissement.
d. Paralysie aiguë par encéphalite et embolie.
e. Paralysie spinale aiguë (poliomyélite antérieure).
f. Paralysie périphérique.

Les hémorragies méningées sont surtout fréquentes et se produisent dans tous les cas qui créent l'asphyxie (enfant venu au monde avec le cordon enroulé, accouchement lent, etc.), ou dans les quintes de toux (coqueluche), ou dans les efforts de vomissement, ou encore à la suite de convulsions.

Il est à remarquer qu'au moment où elle se produit l'hémorragie méningée donne rarement lieu à des paralysies localisées : celles-ci surviennent plus tard sous forme de paralysie spastique.

La syphilis donne lieu à des paralysies, soit par le développement d'une hydrocéphalie, soit par le fait de l'artérite.

La paralysie cérébrale aiguë des enfants survient d'une façon brusque, avec ou sans convulsions, au milieu d'un cortège fébrile : parfois elle est la conséquence d'une maladie générale infectieuse (pneumonie, rougeole), d'autrefois d'une otite interne aiguë, enfin parfois sans cause. L'encéphalite en pareil cas est plus vraisemblable que l'embolie, qui, cependant, a été signalée : cependant l'auteur n'accepte qu'avec réserve l'hypothèse de Strümpell sur l'existence d'une polio-encéphalite analogue à la poliomyélite.

II. — La première observation de Sympson est un fait de paralysie spastique congénitale, avec convulsions épileptoïdes survenant ultérieurement et atrophie secondaire des membres. Le mécanisme paraît être une hémorragie initiale intra-utérine, avec sclérose corticale secondaire.

Le second cas est celui d'une enfant de 13 ans atteinte, à l'âge de 3 ans, au cours d'une rougeole, d'aphasie et d'hémiplégie droites. L'auteur accepte également l'idée d'une hémorragie méningée primitive.

III. — Oliver rapporte deux cas d'hémiplégie droite avec aphasie chez de jeunes enfants. Le premier a trait à une fillette de 2 ans 1/2, qui présente des tremblements du bras droit d'abord, puis des convulsions Jacksonniennes étendues ultérieurement à tout le corps; finalement une hémiplégie avec perte de la parole. On trouve à l'autopsie une méningite gélatineuse, sans tubercules, localisée à la circonvolution de Broca et à la scissure sylvienne.

Le second cas concerne un enfant de 5 ans, atteint de convulsions avec hémiplégie partielle et perte de la parole : l'enfant ne prononce plus qu'un seul mot, *cake :* la parole revient au bout de trois semaines, en même temps que disparaît l'hémiplégie.

IV. — Les faits de Squire n'ont rien de comparable aux précédents, sauf la brusquerie du début, les accidents fébriles et l'existence d'une paralysie. Ce sont des cas de myélite aiguë, simulant d'abord une affection cérébrale, mais d'origine manifestement spinale. H. R.

Ein Fall von congenitaler Aortenstenose, par HOCHSINGER (*Wien. med. Presse, n° 1, p. 9*; 1890).

Hochsinger diagnostique, chez un garçon de 6 ans, un rétrécissement congénital de l'aorte, au niveau de l'abouchement du canal artériel de Botal.

L'enfant est petit, chétif; il a eu plusieurs attaques de cyanose. Le ventricule gauche est hypertrophié; pointe dans le 7e espace. Frémissement systolique à partir du 4e espace intercostal et au-dessus, se propageant dans les carotides et les sous-clavières dilatées. L'arc de l'aorte envahit le creux sus-sternal. Le pouls crural retarde sur le pouls carotidien et brachial. Le pouls radial est à peine sensible, à droite comme à gauche.

Sur toute l'étendue du thorax en avant, on perçoit un souffle rude systolique, qui a son maximum au tiers supérieur du manubrium et sur l'arc de l'aorte. A ce souffle systolique s'associe, mais seulement dans la région du manubrium, un souffle diastolique bref; le second bruit est normal sur les autres points.

Comme il s'agit d'un enfant, l'auteur ne s'étonne pas de voir manquer un signe classique de la sténose de l'isthme aortique : la circulation artérielle collatérale. L. GALLIARD.

Note sur l'anémie des nourrissons, par HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux, 25 octobre* 1889).

Au moment de la naissance, le sang des enfants à terme est plus riche en globules rouges, que celui des adultes; au bout de quelques jours il devient moins riche. Quand l'enfant devient anémique, on trouve rapidement les globules géants en assez grand nombre et, ce qui est particulier aux enfants, d'assez nombreux globules rouges à noyau, même si l'anémie n'est pas très intense; aussi ce fait n'a pas chez les enfants la même valeur pronostique que chez les adultes, où c'est un signe de mauvais augure. H. L.

Plötzliche Todesfalle bei Thymushyperplasie (Morts subites par hypertrophie du thymus), par SCHEEBE (*Zeitsch. f. klin. Medicin, XVII. Supplementares Heft, p.* 40).

A propos d'un fait de mort subite, observé chez un enfant de 16 mois, dont le thymus avait le double du poids normal, Scheebe discute l'exis-

tence et la pathogénie de l'asthme thymique. Après avoir montré, tant par des expériences que par la discussion des observations recueillies, que le thymus ne peut, soit à l'état normal, soit à l'état d'hypertrophie, comprimer la trachée, il recherche si cette compression peut se produire sur les gros vaissaux du cou, et en particulier la veine cave. Sa conclusion est encore négative. Mais il insiste sur un fait relevé dans son observation, la présence de petits ganglions lymphatiques près du nerf récurrent gauche, et tend à attribuer un rôle important à ces ganglions, tant dans la laryngite striduleuse que dans le soi-disant asthme thymique. A.-F. PLICQUE.

Cas d'asthme chez un enfant de deux ans, par MESNARD (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 *mai* 1890).

Enfant de trois ans et demi, ayant eu, il y a dix-huit mois, une bronchite légère et à la suite des crises d'oppression tantôt nocturnes, tantôt diurnes. Plus ou moins rapprochées et plus ou moins atténuées, elles se sont caractérisées par des accès intermittents de dyspnée, qui se terminaient par une abondante sécrétion catarrhale des bronches.

La percussion du thorax donnait une sonorité tympanique généralisée; à l'auscultation, murmure vésiculaire faible et sibilances abondantes. Cœur normal. Guérison par l'iodure de potassium prolongé. OZENNE.

Sur les troubles dyspeptiques dans l'enfance et sur leur diagnostic par la recherche chimique du suc gastrique, par MONCORVO (*Broch. Paris*, 1889).

Moncorvo a examiné le suc gastrique chez de jeunes enfants atteints de phénomènes dyspeptiques. Il a recherché la présence de l'acide chlorhydrique par le réactif de Günzburg. Dans un premier groupe de faits, il s'agit d'enfants de moins d'un an atteints de vomissements et de diarrhée simple, lientérique, acide ou verte; dans un second groupe, les sujets étaient plus âgés et présentaient surtout de la dilatation de l'estomac et de la lientérie. Le plus souvent, l'acide chlorhydrique manquait totalement dans le suc gastrique. Dans ces conditions, l'administration de l'acide chlorhydrique a amené de très bons résultats. L'hyperchlorhydrie est beaucoup plus rare que l'anachlorhydrie chez les enfants dyspeptiques. La dilatation de l'estomac est fréquente après la deuxième année. A. MATHIEU.

I. — Drüsenfieber, par Emil PFEIFFER.

II. — Zusatz zur der obigen Abhandlung, par O. HEUBNER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 13, *p.* 308, 31 *mars* 1890).

I. — Pfeiffer désigne sous le nom de « fièvre glandulaire » deux états morbides différents des enfants:

1° La fièvre glandulaire *aiguë*, assez fréquente, est caractérisée par les symptômes suivants : Sans cause appréciable, les enfants sont brusquement pris d'une fièvre atteignant 39 ou 40° centigrades et de phénomènes généraux d'apparence souvent grave. Les mouvements du cou sont douloureux et il y a un peu de dysphagie. L'isthme du gosier est légèrement rouge. A l'examen, on ne constate rien autre que des ganglions tuméfiés et douloureux au pourtour du cou; le gonflement est

surtout marqué au niveau des ganglions du bord postérieur du masséter et de la nuque. Dans les cas légers, la fièvre a disparu dès le lendemain, et au bout de quelques jours on ne sent plus trace des ganglions. Dans les cas plus intenses, l'affection peut se prolonger par poussées, durant 8 ou dix jours, et la fièvre se maintient à son niveau originel plusieurs jours de suite. Les ganglions grossissent successivement des deux côtés du cou; il survient parfois une toux quinteuse et du coryza.

Le 3e ou le 4e jour, on constate toujours une augmentation de volume de la rate et du foie, et dans la majorité des cas il existe une douleur abdominale spontanée, siégeant exactement sur la ligne médiane, à mi-distance entre le nombril et la symphyse. Pfeiffer explique la dysphagie, la toux et la douleur abdominale par l'extension de la maladie aux ganglions rétro-œsophagiens, rétro-trachéens et mésentériques. La terminaison est toujours favorable; les ganglions ne suppurent jamais et se résolvent. L'étiologie est encore obscure, mais le caractère infectieux de l'affection paraît indiqué par l'existence d'épidémies de maisons et de familles.

2° La fièvre glandulaire *subaiguë* est caractérisée exclusivement par la tuméfaction de tous les organes glanduleux de l'abdomen. La rate et le foie sont appréciables au palper; l'urine renferme un peu d'albumine, et le gonflement des ganglions mésentériques se traduit par un épanchement liquide dans la cavité abdominale. Les selles sont diarrhéiques, verdâtres ou grisâtres; la fièvre est modérée et les enfants poussent des cris presque continus. L'évolution toujours favorable et la diarrhée séparent cette affection du carreau, auquel elle ressemble d'ailleurs beaucoup.

II. — Heubner a également observé l'adénite fébrile sous-sterno-mastoïdienne; dans deux cas elle a été suivie de néphrite. J. B.

Ictère par résorption péritonéale dû à la rupture de la vésicule biliaire chez un nourrisson, par HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 *novembre* 1889).

Une fillette de 2 mois entre mourante à l'hôpital; elle présentait un ictère assez intense, datant d'un mois au moins, une anémie notable et une hémophilie caractérisée par un suintement sanguin au niveau d'excoriations cutanées à l'ombilic, à la lèvre supérieure et à l'oreille. — A l'autopsie, on constata que la vésicule biliaire était rompue en un point voisin du col et masquée par une péritonite circonscrite, adhésive; le péritoine ne renfermait qu'un peu d'ascite mélangé de bile, le foie était sain, le canal cholédoque libre, non enflammé; aucune trace de cholélithiase. La coloration vert bouteille du péritoine, des ganglions abdominaux et thoraciques, des vaisseaux lymphatiques correspondants ne pouvait laisser de doute sur l'imbibition.

Hayem admet que la bile, sécrétée par un foie sain, déversée dans le péritoine, était résorbée en nature par les lymphatiques. Il insiste sur l'état hémophilique causé par la résorption, et incrimine surtout les sels biliaires. Dans ce cas, le sang était moins coagulable, et les hématoblastes étaient plus lents à s'agglomérer et à se fusionner. H. L.

Tuberculosis with aspergillus, par WHEATON (*Lancet, vol. I, p.* 239; 1890).

Chez un enfant de 2 ans 1/2, mort après avoir présenté des phénomènes de tuberculose, Wheaton trouva dans les bronches et dans une caverne irrégulière de la base du poumon droit des granulations orangées dont l'aspect macroscopique rappelait celle de l'actinomycose. Sur la langue et le voile

du palais existaient des taches blanchâtres. L'examen microscopiqué montra dans toutes ces lésions le mycelium d'un champignon, l'aspergillus niger. Un examen attentif montra cependant quelques tubercules. A.-F. PLICQUE.

Varicella gangrenosa, par STAINFORTH (*Brit. med. j., p.* 18, *janvier* 1890).

Enfant de 17 mois. L'éruption de varicelle fut chez lui précédée d'un rash scarlatiniforme douze heures auparavant. L'éruption fut assez confluente et régulière jusqu'au sixième jour. Ce jour-là, la plupart des vésicules étaient sèches, converties en une croûte noirâtre adhérente au derme et entourée d'une aréole érythémateuse. Ces croûtes firent place à autant d'ulcères profonds d'apparence gangreneuse qui mirent plusieurs semaines à guérir. Il n'y avait pas d'antécédents de tuberculose, ni de syphilis, ni d'influence vaccinale : c'était bien de la varicelle, car un autre membre de la famille contracta la maladie quinze jours après dans le délai réglementaire, et eut une éruption vésiculeuse des plus simples. H. R.

Des hémorragies gastro-intestinales chez les nouveau-nés, par DUSSERT (*Thèse de Paris*, 1889).

Monographie rédigée sur 78 observations ; plusieurs d'entre elles sont inédites.

C'est une affection rare, on la rencontre une fois sur 1000 accouchements. Elle survient dans les deux ou trois premiers jours après la naissance. L'étiologie est très obscure, l'hémophilie et la syphilis ont seules une influence dont on pourrait discuter la réalité.

L'anatomie pathologique en est assez obscure. Dans un certain nombre de cas on rencontre des altérations dans la portion duodénale de l'intestin grêle; dans d'autre cas des lésions de la pyohémie ou de dégénérescence graisseuse généralisée ont été observées.

La maladie se caractérise par la production du melœna et de l'hématémèse. Le diagnostic en est facile. La maladie est grave, puisque la mort est indiquée 43 fois sur les 78 observations. Celle-ci survient alors rapidement dans les 5 ou 6 jours qui suivent la naissance. PORAK.

Kyste séreux chez un enfant de huit jours, par TARNIER (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 *mai* 1890).

Enfant de 8 jours, né après un travail régulier et un accouchement aisé. Aussitôt après la naissance, on a constaté, derrière la tête, une tumeur aussi grosse qu'elle, très tendue, résistante, transparente, insérée dans la région cervicale postérieure. Depuis plusieurs jours ce kyste se résorbe, et par le palper il paraît évident qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire. OZENNE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

I. — **Tuberculose cutanée, par SEVESTRE.**

II. — **Sur une dermatose bulleuse infantile, par HALLOPEAU.**

III. — **De la réaction de la salive sur le calomel..., par BURLUREAUX.**

IV. — Éruptions de l'intoxication urique, par QUINQUAUD.

V. — Hémiatrophie linguale, par MAURIAC.

VI. — Syphilide simulant le lupus, par FOURNIER.

VII. — Traitement de la syphilis, par QUINQUAUD.

VIII. — Des fistules urétro-péniennes, par HUMBERT.

Ces divers articles, analysés dans le précédent numéro, chapitre DERMATOLOGIE, tome XXXVI, page 195 et suiv., ont été indiqués par erreur comme *extraits du Congrès international de dermatologie de* 1889. L'indication bibliographique doit être rectifiée de la façon suivante : *Société de dermatologie de Paris*, 1890.

Variété fruste de dermatite herpétiforme, par BROCQ (*Annales de derm. et de syph., juin* 1890).

Femme de 21 ans, blanchisseuse; après un accident de voiture, elle présente une éruption ortiée, puis quelque temps après une éruption bulleuse qui dure deux ou trois mois. Ces bulles se reproduisent encore pendant trois ans; depuis un an elles ne reparaissent plus. Actuellement, il se produit des poussées d'éruption ortiée dont les éléments sont limités par un bourrelet circiné plus ou moins rosé, tandis que le centre tend à se pigmenter. Ce bourrelet a une extension centrifuge, et quand il disparaît, la pigmentation persiste. Ces éruptions ont leur siège principal sur le tronc et la partie supérieure des membres. Il y a des douleurs assez vives au moment des poussées, avec sensation de brûlures, d'élancements, démangeaisons. Plusieurs poussées semblables se produisent au cours de la cinquième année de la maladie sans qu'il y ait retour d'éléments bulleux. L'auteur fait de ce cas une variété fruste de dermatite herpétiforme à poussées successives. Il croit que la bulle peut manquer dans la dermatite herpétiforme. Les éléments urticariens avec bourrelet périphérique saillant, avec centre pigmenté, se produisant par poussées successives avec phénomènes douloureux, suffisent pour caractériser ici la dermatite herpétiforme, et d'ailleurs les éruptions bulleuses antérieures paraissent justifier cette conclusion. Il est probable que certaines urticaires chroniques doivent aussi être interprétées de la même manière. F. BALZER.

Un cas de dermatite exfoliatrice généralisée. Recherches bactériologiques, par HAUSHALTER (*Annales de derm. et de syph., mai* 1890).

L'auteur a recueilli dans la sérosité des vésicules un microcoque arrondi, en point double ou en chaînettes de 3-4 éléments. Il a pu le cultiver sur gélose, gélatine et pomme de terre. L'expérimentation sur les animaux n'a pas donné de résultats en ce qui concerne la reproduction de l'affection cutanée. Ce microcoque se rapproche beaucoup du staphylococcus pyogenes albus, mais il en diffère par plusieurs caractères, et notamment par l'absence de propriétés pyogènes. Il diffère également des autres microbes isolés jusqu'ici dans la peau normale ou malade. F. BALZER.

I. — Sur une nouvelle forme de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique, par HALLOPEAU.

II. — Deuxième cas semblable avec présentation de malade, par FEULARD (*Congrès international de dermatologie, p.* 644, *Paris*, 1889).

I. — Femme âgée de 49 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis en février 1888;

elle est atteinte de l'affection qu'elle présente depuis l'année 1886, et elle est entrée déjà deux fois à l'hôpital pour des poussées d'éruption suppurative. Ces poussées se produisent surtout dans les régions recouvertes de poils, cuir chevelu, aisselles, vulve, etc..., mais aussi sur les parties glabres et même sur la muqueuse buccale. Ce sont des foyers de suppuration qui débutent isolément ou au contact d'anciens foyers par des vésico-pustules miliaires. Ils s'accroissent excentriquement avec rougeur des téguments et prurit, deviennent circulaires et guérissent au centre en laissant des macules pigmentées. Les lésions peuvent gagner en profondeur, atteindre l'hypoderme et se compliquer de phlegmon. Ces foyers peuvent atteindre une dimension de dix centimètres, sans tendance spontanée à la guérison. Ces suppurations pustuleuses peuvent devenir phlycténulaires; mais il est remarquable de voir que, sauf le cas de complication phlegmoneuse profonde, elles ne laissent pas de cicatrices. Les récidives se produisent habituellement à la place ou au voisinage d'anciens foyers. L'examen bactériologique fait par Wickham a montré la présence de staphylocoques et surtout de l'albus. Les pansements antiseptiques boriqués ou phéniqués ont une heureuse influence sur les lésions, mais doivent être continués sans interruption. L'auteur croit qu'il s'agit d'une espèce morbide encore non décrite qu'on ne peut rattacher ni à la syphilis, ni à la dermatite herpétiforme, ni à l'impétigo herpétiforme : ce serait une forme d'infection pyogénique chronique limitée aux téguments.

II. — G..., âgé de 50 ans, non syphilitique, présente une affection absolument semblable à celle de la maladie de Hallopeau. La maladie a débuté depuis un an et occupe la région génito-crurale, la face, la bouche. Elle s'étend sur une surface considérable à la région crurale, sur la partie inférieure de l'abdomen, le scrotum, les cuisses. La lésion initiale est une pustule dont le fond est saillant, papuleux; la cohésion des éléments pustuleux forme de larges placards suintants, mamelonnés, d'une couleur rouge brun, avec une odeur fétide. Dans la bouche, les lésions rappellent la leucoplasie ou encore certaines syphilides saillantes, blanchâtres, papillomateuses.

Les moulages de ces deux cas sont au musée de Saint-Louis. F. BALZER.

Troubles divers de la nutrition à la suite de dermatite artificielle, par QUINQUAUD (*Tribune méd., mai et juin* 1890).

De ses recherches expérimentales concernant les différents troubles de la nutrition, à la suite de dermatite artificielle, Quinquaud conclut que la mort peut survenir à la suite d'une dermatite destructive, qui engendre des troubles variés dans tous les tissus. Les plus importants de ces troubles sont : la disparition du glycogène hépatique, les altérations hématiques diverses, le ralentissement nutritif des tissus, la diminution finale de la respiration des éléments, enfin la présence des matières toxiques dans le sang et dans les tissus. OZENNE.

Paget's disease of the nipple with psorospermie (Maladie du mamelon de Paget avec psorospermies), par J. HUTCHINSON (*Brit. med. j., p.* 664, 22 *mars* 1890).

Fait présenté à la Société pathologique de Londres. Dans un cas de soi-disant eczéma du sein (maladie du mamelon de Paget), Hutchinson démontre la présence de psoropermies et de leurs coccidies. Chacune d'elles offre un double contour sous le microscope et semble encapsulée : à l'une de leurs extrémités est un petit pertuis d'où s'échappent les psorospermies. Il s'agissait d'une malade qui, atteinte d'eczéma du mamelon invétéré, avait vu se développer en ce point un épithéliome et avait subi l'amputation du sein.

Dans la discussion, un certain nombre de membres sont disposés à considérer les psorospermies d'Hutchinson comme des noyaux de cellules épithéliales de l'épiderme. H. R.

Maladie de Paget, par WICKHAM (*Thèse de Paris*, 1890).

La maladie de Paget est due à des parasites de la classe des sporozoaires, de l'ordre des coccidies ou psorospermies (Darier). Cette affection doit être classée dans le groupe des psorospermoses cutanées, qui contient déjà la psorospermose folliculaire végétante, et peut-être le molluscum contagiosum. Cette maladie prédomine au sein, mais n'est pas exclusivement localisée dans cette région. Un excellent moyen de diagnostic consiste à examiner les squames que l'on trouve remplies de psorospermies. Celles-ci infiltrent l'épiderme et se montrent à leurs divers stades de développement, les formes les moins avancées étant très difficiles à reconnaître. La pullulation a semblé se faire par voie de déhiscence et par dissémination consécutive de masses globuleuses intrakystiques, qui ont probablement la signification de pseudo-navicelles. Les cellules épithéliales ont une certaine tendance à se grouper, en s'aplatissant autour des coccidies ; celles-ci, parfois, ont paru être très nettement le centre de formation des globes épidermiques. Jusqu'à la découverte des psorospermies, on les prenait pour des cellules dégénérées, en voie de transformation endogène. La présence de ces parasites dans les cellules épithéliales et dans leur intérieur même détermine dans les tissus des degrés divers d'inflammation et de prolifération cellulaire. Le cancer, qui ne survient parfois qu'à une époque fort reculée, naît, le plus souvent, au sein des conduits galactophores, mais il peut aussi bien provenir de l'épiderme, des glandes pilo-sébacées et sudoripares et de leurs canaux excréteurs : c'est un épithélioma pavimenteux, qui peut être lobulé, tubulé ou alvéolaire. Les parasites semblent avoir une influence directe sur son développement, et la nature parasitaire de certaines formes de cancer mérite d'être prise en considération. Le traitement antiparasitaire de la maladie de Paget doit donc être tenté, conformément aux indications formulées par Darier. L'affection est curable dans ses premières périodes. F. BALZER.

De la nature de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux, par DUBREUILH (*Annales de derm. et de syph.*, *n°* 4 ; 1890).

L'auteur s'est proposé de démontrer qu'il n'existe qu'un seul impétigo, l'impétigo contagieux, maladie bien déterminée cliniquement, mais sans individualité étiologique, due à l'inoculation intraépidermique de microbes pyogènes d'origine quelconque, et de plus que l'eczéma impétigineux est un eczéma compliqué d'impétigo, dont il doit cliniquement être différencié. La lésion initiale de l'impétigo est une pustule qui devient croûteuse par la dessiccation. La contagion a été admise par Devergie, Startin, Tilbury, Fox, Vidal, etc.; mais elle n'appartient pas qu'à une seule variété d'impétigo, comme on l'a cru pendant quelque temps. Les recherches microbiologiques entreprises dans ces dernières années par Dewevre, Bockhart, Bousquet, Dubreuilh, etc., ont montré dans l'impétigo l'existence de divers microbes pyogènes, aureus, albus, associés ou séparés. Aussi la vaccine, le co-

ryza, le traumatisme, diverses suppurations, peuvent être le point de-départ de l'impétigo : il est propagé par la gale, la phtiriase, par l'eczéma, par le grattage qui en résulte. Quant à l'eczéma impétigineux, c'est un eczéma compliqué d'impétigo, c'est-à-dire un eczéma sur lequel sont venus se greffer les microbes pyogènes. Le traitement local consiste à faire l'antisepsie des surfaces impétigineuses, faire tomber les croûtes par les cataplasmes ou le caoutchouc, appliquer ensuite une pommade antiseptique. L'auteur a obtenu les meilleurs résultats avec l'acide salicylique (un gramme) associé à l'acétate de plomb (0gr,50) dans 60 grammes d'onguent de zinc. F. BALZER.

Anatomie pathologique de l'eczéma, par LELOIR (*Annales de derm. et de syph., juin* 1890).

Le début de l'eczéma aigu est constitué par une hyperémie œdémateuse du derme, congestion, diapédèse de globules blancs, exsudation séreuse. Du côté de l'épiderme, lésions de catarrhe, absence de kératinisation traduite par la disparition ou la diminution de l'éléidine et par la persistance des noyaux des cellules de la couche cornée qui perd sa cohésion et desquame en écailles ; en même temps œdème des couches basales du corps muqueux qui sont infiltrées par des cellules migratrices. Il se produit des altérations cavitaires des cellules malpighiennes et une hypertrophie des prolongements du corps muqueux par prolifération de ces cellules. Les altérations cavitaires se produisent dans les couches inférieures du corps muqueux, et c'est là que se forment les vésicules. Le fait capital dans l'épiderme est le trouble apporté dans le processus de la kératinisation, trouble qui empêche le renouvellement normal de l'épiderme. La guérison a lieu lorsque ce trouble disparaît et que l'éléidine se forme normalement dans l'épiderme. Les lésions du derme entrent également en résolution sans laisser de traces.

Dans l'eczéma chronique les lésions dominantes sont l'allongement hypertrophique des papilles avec des lésions de dermite subaiguë ou chronique, pouvant atteindre même l'hypoderme. Ici encore les troubles de la kératinisation jouent un rôle important, mais cette kératinisation est tantôt exagérée, tantôt affaiblie, suivant les cas et même suivant les points de la peau qu'on examine. D'une manière générale, c'est plutôt l'hyperkératinisation qui caractérise les lésions dans l'eczéma chronique.

F. BALZER.

Ueber Pemphigus chronicus malignus, par MOSLER (*Deutsche med. Woch., n° 1, p.* 1; 1890).

Dans ce cas de pemphigus malin observé chez une femme de 39 ans, l'éruption cutanée a été précédée, pendant trois années, de pemphigus de la muqueuse buccale : langue, palais, lèvres, gencives. Les bulles étaient suivies d'ulcérations, à tel point que sur la langue on a pu croire à un épithélioma. Les bulles cutanées ont occupé surtout le tronc et les membres inférieurs, puis la face interne des bras. Elles se sont manifestées à plusieurs reprises, par poussées, pendant près d'une année. Chaque poussée s'accompagnait de fièvre vive.

La malade a été emportée par une pneumonie du sommet gauche. On a trouvé à l'autopsie le foie gras, les reins congestionnés, la muqueuse vésicale irritée.

Les tentatives de culture pratiquées par Löffler avec la sérosité des bulles pendant la vie et le contenu de la rate après la mort n'ont fourni aucun résultat. L'inoculation au singe n'a rien donné. L. GALLIARD.

Pemphigus vegetans (Neumann), par Radcliffe CROCKER (*Medico-chirurg. Transact.*, *LXXII*, *p.* 233; 1889).

Femme de 43 ans, d'une bonne santé, mais d'habitudes intempérantes. Début de l'affection en avril 1887 par une grande faiblesse et de la stomatite. Neuf jours après éclosion, sur l'abdomen, d'une première bulle qui est suivie d'une série d'autres, chaque bulle laissant après elle une ulcération dermique. La dissémination de l'éruption se fit sur le tronc, les cuisses et les membres, avec prédominance dans les régions axillaire et inguinale. Des excoriations pemphigoïdes se virent sur la bouche, les reins et la langue.

Les bulles sont : les unes recouvertes d'une pellicule épidermique, les autres d'une croûte ecthymateuse ; sur quelques points, le fond de l'ulcération végète à la façon des papillomes ; c'est ce qui se voit au niveau de l'aisselle. Aux bras et aux mains, l'éruption affecte une disposition symétrique.

Etat général médiocre. Fétidité excessive des sécrétions cutanées, urines brunes, exemptes d'albumine et de sucre. (Pansement à l'huile phéniquée : sur les ulcères papillomateux, applications d'iodoforme ; opium à l'intérieur.)

Malgré l'amélioration de l'état local et la disparition de la fétidité, la santé générale alla déclinant ; de nouvelles poussées bulleuses se produisirent, et la mort survint au bout de trois mois.

A l'autopsie, escarres au siège, pleurésie purulente double, poumons atélectasiés et congestionnés, foie gras, rate diffluente, reins et cœur sains. Pas de lésion de la moelle. Suit la description microscopique de la lésion cutanée.

L'auteur résume ensuite tous les cas publiés depuis l'observation de Kaposi de 1869, la première en date. H. R.

Note sur quatre cas de zona, et en particulier sur la douleur rachidienne dans la zone thoracique, par FÉRÉ (*Revue de médecine*, *p.* 393, *mai* 1890).

Féré insiste sur la douleur rachidienne diffuse, que l'on rencontre dans beaucoup de cas de zona, et il se demande si celle-ci n'est pas l'indice d'un travail irritatif, ayant son siège dans les méninges. Une telle lésion irritative diffuse se manifestant d'une manière épidémique (zona épidémique) conduit l'auteur à se demander s'il ne s'agit pas là d'une forme atténuée de méningite cérébro-spinale, liée ou non à d'autres infections générales ou locales, et dont le zona ne serait qu'un symptôme révélateur. Cette interprétation pourrait s'appliquer aux herpès qui se manifestent au cours de maladies infectieuses, dans lesquelles les complications méningitiques ne sont pas rares. C. GIRAUDEAU.

Sur un cas de pityriasis rubra (type Hebra), par PETRINI et BABES (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *janvier* 1890).

Sur deux petits fragments de peau enlevés au malade, on constate la plupart des altérations signalées déjà par les auteurs classiques, et de plus quelques détails nouveaux, tels que : l'irrégularité de la kératinisation, par laquelle, d'une part, la couche cornée reste dans un contact plus intime avec les couches profondes, et, d'autre part, la partie supérieure de la couche de Malpighi devient moins résistante, ce qui peut

expliquer la facilité avec laquelle, en même temps que la desquamation, se produisent des lésions plus profondes, la lésion des papilles même, qui paraît être le fait le plus essentiel; il y a prolifération des cellules rondes à l'intérieur des papilles, autour des vaisseaux et dans leurs parois; puis sclérose des papilles et surtout de leurs vaisseaux, et formation d'une couche sclérosée à la limite profonde de l'épiderme. Enfin, quoique ces préparations n'aient pas permis de faire des recherches sur l'étiologie de la maladie, on n'a pas trouvé de lésions essentielles des nerfs comparables à celles qu'on trouve dans les lésions de nature nerveuse de la peau, et il paraît plus probable qu'une recherche tendant à découvrir un agent virulent ne serait pas sans quelque chance de réussite. M. D.

Sur une variété étiologique de prurigo (le prurigo de la processionnaire), par LALESQUE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 *mai* 1890).

Lalesque observe chaque année, sur les habitants de la forêt de pins d'Arcachon, une éruption papulo-érythémateuse qui doit être considérée comme un prurigo de cause externe. Ce prurigo est engendré soit directement par le contact de la larve du *bombyx pithyocampa*, un des insectes les plus communs des forêts des pins, soit beaucoup plus souvent par ses excréments et ses dépouilles, qui, réduits en poussière irritante, sont portés par le vent du nid effrité de l'animal sur les parties découvertes de l'homme.

L'éruption est polymorphe, mais la forme la plus fréquente est la forme papuleuse, offrant tous les caractères du prurigo, dont la démangeaison atteint son maximum la nuit. Siégeant principalement sur la face, le cou, les mains, les avant-bras, les jambes et les cuisses des femmes qui ne portent pas de pantalon, il atteint principalement les enfants et les sujets à peau fine. Sa durée est courte, sans phénomènes généraux. Des bains d'amidon, des onctions avec la vaseline boriquée, ou mieux avec la solution cocaïnée, constituent le traitement. OZENNE.

Della psoriasi, par CAMPANA et BIGNONE (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *juin* 1870).

La chrysarobine a paru être l'agent le plus actif de la guérison du psoriasis. Cette affection s'accompagne d'une diminution de l'épaisseur du corps muqueux, qui se sépare sous l'influence de la chrysarobine. La couleur de l'érythème chrysophanique est due à des modifications vasculaires et des teintes variées qu'imprime aux couches cornées la chrysarobine au contact du protoplasma et des substances alcalines. Expérimentalement, les auteurs n'ont pu réussir à reproduire le psoriasis chez les animaux. F. BALZER.

Essai sur les nodosités sous-cutanées rhumatismales, par BAR (*Thèse de Paris*, 1890).

Ces nodosités, étudiées par Besnier, Féréol, Troisier et Brocq, etc., sont assez fréquentes chez les jeunes gens; elles siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané, et leur caractère principal est d'être essentiellement passagères : elles apparaissent ordinairement à l'occasion d'un

rhumatisme. Elles sont histologiquement constituées par des nodules inflammatoires, qui aboutissent plus ou moins vite à la régression. D'après une note de Nepveu intercalée dans cette thèse, les nodosités pourraient être attribuées à des embolies capillaires, et pourraient aboutir à la suppuration ou à la nécrobiose, dans certains cas. Il est certain que l'apparition des nodosités coïncide presque toujours avec des complications viscérales du rhumatisme, et doit mettre en garde contre un état diathésique grave. F. BALZER.

Le lupus de la langue, par LELOIR (*Assoc. française; Congrès de Paris, p.* 746; 1889).

Jeune fille de 15 ans, entrée à l'hôpital pour des accidents scrofuleux et un lupus du nez. Le lupus a envahi presque tout le nez, la lèvre supérieure. Un petit tubercule lupeux sur la lèvre inférieure. Pas de lésions pulmonaires appréciables. Adénopathie sous-maxillaire.

La langue présente l'aspect des glossites lépreuses lobulées; la face dorsale est parsemée de tubercules, du volume d'une tête d'épingle à un pois, de coloration blafarde, à contours irréguliers; quelques-uns présentent une légère érosion à la surface. Pas de douleurs. Mouvements de la langue conservés.

Mêmes lésions à la voûte palatine, au voile; la luette a presque disparu. Lésions du larynx; épiglotte bordée de nodules blanchâtres; tubercules sur les bandes vocales.

Pour élucider le diagnostic de cette lésion rare, Leloir excisa quelques tubercules de la langue, et constata au microscope les lésions caractéristiques du lupus.

Des examens bactériologiques y révélèrent la présence du bacille tuberculeux. Enfin, par des inoculations, Leloir a pu déterminer la tuberculose chez des cobayes et des lapins.

Le traitement (galvano-cautérisation, raclage, pansements iodoformés, etc.) amena la guérison assez rapide du lupus de la face, mais le lupus de la langue fut plus rebelle et demanda trois ans pour une guérison complète. Auparavant, pour ne laisser prise à aucune erreur, le traitement syphilitique avait été administré sans résultat. A. C.

Étiologie et pathogénie de la langue noire pileuse, par WALLERAND (*Thèse de Paris*, 1890).

La plupart des auteurs signalent la présence de parasites dans la langue noire; ceux qui ont été décrits par Raynaud et Dessois, Malassez, Vignal, se rencontrent le plus souvent dans cette affection. Mais on a reconnu aussi qu'ils peuvent se rencontrer sur des langues normales. On a pu les cultiver, mais sans réussir à les reproduire expérimentalement chez l'animal. L'auteur croit que la coloration noire des filaments épithéliaux ne leur est pas due. Il y a une exagération du processus de kératinisation, et c'est l'hyperkératose qui est la cause de cette coloration noire. Celle-ci n'appartiendrait pas seulement à la langue noire, mais s'observe aussi dans d'autres hyperkératoses cutanées, dans l'ichthyose, dans le xérosis conjonctival, dans certains épithéliomes. F. BALZER.

Étude sur la gangrène disséminée de la peau chez les enfants, par CHARMOY (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations personnelles de

gangrènes disséminées de la peau, au cours de l'impétigo, de la varicelle, etc. La plupart des lésions de la peau, la vaccine, le lichen infantile, l'ecthyma, l'érythème, le purpura, l'urticaire, etc., peuvent devenir l'occasion de la gangrène. Celle-ci résulte d'une infection secondaire, au cours de maladies diverses. Elle est probablement d'origine microbienne et favorisée par la débilitation et par les lésions cutanées servant de porte d'entrée aux parasites. On a signalé aussi des cas où cette porte d'entrée semblait manquer, et où la gangrène résultait d'une cause interne. Ces gangrènes sont souvent accompagnées de lésions oculaires graves, de broncho-pneumonie tuberculeuse, de diarrhée. Leur pronostic est très grave. F. BALZER.

Sur un cas d'alopécie congénitale, par de MOLÈNES (*Annales de derm. et de syph., juillet* 1890).

Marcelline G..., âgée de 4 ans et demi, est venue au monde ayant sur le cuir chevelu un duvet très fin qui disparut les mois suivants, ainsi que les cils. La mère avait eu une pelade ainsi que le frère de la petite fille. A l'âge de 16 mois, cette enfant n'a ni cheveux ni sourcils; l'alopécie du cuir chevelu se présente avec les caractères de la pelade achromateuse. Elle est, d'ailleurs, dans un état de santé satisfaisant. Traitée à l'aide des moyens excitants habituels, la peau s'est peu à peu recouverte de poils; les cils ont paru d'abord, puis les sourcils; les cheveux ont d'abord poussé en follets, puis ont pris l'apparence et l'épaisseur normales.

L'auteur est disposé à croire qu'il s'agit d'une pelade trophoneurotique. — La mère et le frère de l'enfant étaient guéris depuis longtemps, et il était difficile de songer à la possibilité d'une contagion. Il s'agit d'une alopécie péladoïde congénitale différente des autres variétés d'alopécie congénitale. F. BALZER.

Sur un cas très rare de chéloïde spontanée, multiple, observée sur une femme névropathique, par de AMICIS (*Congrès de dermatologie, p.* 93, *avec* 3 *planches, Paris,* 1889).

Femme de 27 ans, sujette, dans sa jeunesse, à des névralgies, palpitations, vomissements, plus tard à des convulsions générales, catalepsie, refus d'aliments, dysphagie, manie furieuse, etc... en un mot, à des phénomènes d'hystérie grave. En juillet 1886, apparaissent les premières tumeurs chéloïdiennes sur les épaules et les bras. Les chéloïdes se développent peu à peu en nombre considérable sur tout le corps, prédominant surtout sur les épaules. Leur nombre total, sur toute la surface du corps, est de 318. Ces tumeurs, développées spontanément, occupent la partie moyenne du chorion, et l'examen histologique démontre leur nature chéloïdienne. L'auteur croit que l'état névropathique de la malade a joué un rôle important dans la pathogénie de ces chéloïdes. Il existe chez cette malade une disposition générale telle que toutes les solutions de continuité sont suivies de cicatrisation chéloïdienne. L'ablation biopsique d'une des petites tumeurs a été suivie de la production d'une chéloïde cicatricielle relativement volumineuse. F. BALZER.

Note on the treatement of tinea tonsurans, par H. PURDON (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 299, *octobre* 1889).

Purdon traite la teigne tondante de la façon suivante : il emploie une teinture éthérée de croton tiglium, additionnée d'acide salicylique. Le croton agit comme irritant, l'éther comme dissolvant des substances

grasses, et l'acide salicylique comme antiparasitaire. Un petit nombre des applications de cette teinture suffirait pour guérir la teigne. H. R.

I. — Contribution à l'étude des lésions musculaires dans la sclérodermie, par G. THIBIERGE (*Revue de médecine, p.* 291, 10 *avril* 1890).

II. — Des myopathies dans la sclérodermie, par ROBERT (*Thèse de Paris,* 1890).

I. — A côté de l'atrophie musculaire générale, en masse, par émaciation totale, et la myosclérose ou périmyosclérose par la propagation d'une plaque de dermatosclérose de voisinage, Thibierge attire l'attention sur une autre forme d'altérations musculaires qui occupe des segments de membres respectés par la sclérose cutanée. Il cite à ce propos quatre observations empruntées à Westphal (2), Goldschmidt et Schultz. A celles-ci il en ajoute une cinquième qui lui est personnelle. On y voit des rétractions musculaires occupant une série de muscles des membres supérieurs (biceps brachial, muscles épitrochléens) et du cou, alors que la peau sous-jacente est presque entièrement libre et n'est nullement adhérente aux tissus sous-cutanés; cette dissociation des lésions cutanées et sous-cutanées est surtout manifeste aux bras, dont la face antérieure est recouverte de téguments normaux, alors que le biceps forme une corde dure facile à sentir et arrête brusquement le mouvement de l'extension de l'avant-bras.

Les deux théories, nerveuse et vasculaire, qui sont aujourd'hui mises en avant pour expliquer la pathogénie de la sclérodermie peuvent être appliquées ici, sans que les lésions décrites par Thibierge fassent pencher la balance dans un sens plutôt que dans l'autre. C. GIRAUDEAU.

II. — Femme, âgée de 44 ans, atteinte de sclérodactylie et en même temps d'une atrophie musculaire à distance des lésions tégumentaires. Cette atrophie siègeait au bras gauche, dans les muscles de l'épaule, s'accompagna d'une sensation douloureuse et de douleurs dans toutes les articulations. Avec les auteurs déjà cités, Robert croit que ces atrophies musculaires montrent que la sclérodermie qu'elles accompagnent est sous la dépendance d'un processus général encore mal déterminé. F. BALZER.

Le alterazioni anatomiche del midollo spinale nella pellagra e loro rapporto coi fatti clinici, par Ernesto BELMONDO (*Rivista sper. di freniatria e med. leg.*, 1889 *et* 1890).

Dans la pellagre, quand cette maladie est arrivée à un stade un peu avancé, il existe constamment des dégénérations systématiques combinées et primitives des cordons latéraux et postérieurs de la moelle. Dans la majorité des cas la dégénération est plus marquée dans les faisceaux pyramidaux croisés. Il existe aussi des lésions constantes de la substance grise de la moelle, atrophie des cellules ganglionnaires, augmentation de la substance pigmentaire de celles-ci, diminution de leurs prolongements. On observe aussi des lésions des méninges spinales (leptoméningite chronique et dans un assez grand nombre de cas arachnitis ossifiante). Les vaisseaux du cerveau et des méninges présentent aussi des lésions, mais celles-ci ne sont ni graves ni constantes.

Cliniquement, troubles de la motilité, consistant en paraparésie, ou même paraplégie véritable, exagération du tonus musculaire et augmen-

tation des réflexes tendineux, démarche paralytico-spasmodique, tremblement et incertitude des mouvements dans les membres supérieurs.

Les altérations de la sensibilité peuvent exister, mais n'ont rien de constant.

Quant à la pathogénie de ces altérations spinales, elle consiste dans une dégénération primitive simple des fibres nerveuses.

L'étiologie doit être attribuée à une intoxication, qui a une action de prédilection sur les faisceaux nerveux. Ce poison serait dû, d'après Lombroso, à une substance fabriquée dans le maïs, gâté par certains champignons; d'après E. Belmondo, la pellagre serait une maladie infectieuse, ces microbes seraient introduits dans les voies digestives par les aliments.

Le soi-disant typhus pellagreux n'est pas dû à d'autres causes qu'à celle de la pellagre chronique. Tout le tableau symptomatique du typhus pellagreux, sa marche, les lésions anatomiques dont il s'accompagne renforcent l'opinion qui range la pellagre parmi les maladies générales infectieuses. PIERRE MARIE.

Ueber die Behandlung warziger Gebilde mittelst Electrolyse (Traitement des verrues par l'électrolyse), par EHRMANN (*Wien. med. Presse, n° 9, p. 321, 1890*).

L'auteur a traité avec succès, par l'électrolyse, 6 cas de papillomes du cuir chevelu, 2 de condylomes des organes génitaux externes, 3 condylomes du vagin, 4 de l'urèthre (2 hommes et 2 femmes), 5 nævi pigmentaires de la face, 7 cas de verrues de la main.

Cette méthode a l'avantage d'être peu douloureuse, de ne causer aucun écoulement sanguin, de faciliter l'antisepsie, puisque les plaies ouvertes n'existent pas, d'éviter la suppuration, et surtout de détruire les néoplasmes jusque dans leurs racines. L. GALLIARD.

Traitement de l'érysipèle de la face par les pulvérisations éthérées de sublimé, par LOVY (*La Médecine moderne, 8 mai 1890*).

Ce traitement consiste à pulvériser deux ou trois fois par jour une solution de sublimé dans l'éther à 10 0/0 : la pulvérisation est faite sur le bord de la plaque, sur une largeur de 3 centimètres environ, en empiétant sur la peau saine; elle doit être faite rapidement par suite de la causticité de la solution; sa durée doit varier suivant le jet de pulvérisation et la gravité du cas; elle détermine une sensation de brûlure qui dure deux ou trois heures et, lorsqu'elle a été un peu forte, il se produit une phlyctène plus ou moins large qui se dessèche rapidement après qu'on l'a percée. Sur 23 cas où il a employé ce traitement, Levy a obtenu très rapidement la chute de la température et l'arrêt de la lésion locale. GEORGES THIBIERGE.

Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis, par FOURNIER (*La Médecine moderne, 17 juillet 1890*).

Exposé sommaire des diverses dystrophies que l'on rencontre chez les enfants hérédo-syphilitiques : dystrophies dentaires, rachitisme, arrêt de développement des organes génitaux, arrêt de développement intellectuel, idiotie, infantilisme Fournier y ajoute le nanisme et en rapporte

une observation de Guyon; il cite également le cas du nain de Stanislas de Lorraine, dont le crâne présente les caractères typiques de l'hérédo-syphilis osseuse. En outre, on peut considérer comme due à une sorte de dystrophie native la mort d'un certain nombre de fœtus hérédo-syphilitiques à l'autopsie desquels on ne trouve aucune lésion.

GEORGES THIBIERGE

De la récidive in situ de certaines formes de lésions syphilitiques, par PORTALIER (*Congrès intern. de derm., p.* 687, *Paris*, 1889).

L'auteur cite onze observations de ces récidives in situ plusieurs fois répétées. Dans une catégorie de cas, il s'agit de récidives en rapport avec l'âge de la syphilis, par exemple, des récidives de syphilides tuberculo-ulcéreuses, gommeuses, d'exostoses, survenant plusieurs années après le début de l'infection; dans l'autre, il s'agit d'accidents d'ordre secondaire, syphilides papulo-squameuses, érythémateuses, apparaissant à plusieurs reprises, plusieurs années après le début de la maladie. Ces récidives s'observent dans les cas les plus divers et opposent une grande résistance au traitement.

Dans la discussion qui suit la lecture de ce travail A. Fournier explique ces récidives par le réveil des germes, qui se développent de nouveau après la guérison apparente d'une syphilide quelconque. Cette opinion est justifiée par la persistance des lésions, que démontre en ces points l'anatomie pathologique, et donne raison à ceux qui soutiennent que la disparition apparente des accidents ne doit pas commander la cessation du traitement.

Toutefois, la permanence de ces récidives locales peut indiquer dans certains cas le traitement chirurgical de la lésion, ainsi que le conseillent dans la discussion Ehlers et Watraszewski. F. BALZER.

Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire, par de MAIEFF (*Congrès int. de derm., p.* 677, *Paris*, 1889).

Cette syphilide présente les lésions anatomiques suivantes : dans les taches noires, épaississement de la couche de Malpighi avec augmentation du pigment; amincissement des papilles; vascularite portant sur les artérioles et les veinules dont l'épaisseur peut être triplée ou quadruplée, avec sclérose des parois, épaississement de l'endothélium, quelquefois oblitération du vaisseau. Le pigment n'existe pas seulement dans l'épiderme , mais aussi dans le derme, dans les cellules jeunes qui entourent les vaisseaux, dans les espaces lymphatiques, autour des glandes sébacées et dans leur épithélium. Dans les taches blanches, amincissement de l'épiderme, sans pigment; profondes altérations des vaisseaux allant souvent jusqu'à l'oblitération, et autour des vaisseaux amas de pigment dans les cellules.

Il semble que la syphilide pigmentaire soit sous la dépendance de ces altérations remarquables des vaisseaux; au début endo et périvascularite, infiltration sanguine des parois vasculaires et dépôt du pigment sanguin dans le derme, puis dans l'épiderme. Plus tard oblitération des vaisseaux, atrophie des papilles, disparition du pigment et production des taches blanches. F. BALZER.

Syphilis tertiaire des voies respiratoires, broncho-pneumonie et pleurésie, adénopathie... par F. RAYMOND (*Gaz. des hôp.*, 12 *juin* 1890).

Homme de 54 ans, entré à l'hôpital le 18 avril. Syphilis il y a 18 ans. Sujet à des bronchites; depuis la grippe, toux continuelle, amaigrissement; dans les dernières semaines, dyspnée, enrouement; à son entrée, dyspnée intense, inspiration bruyante avec cornage trachéal, toux fréquente, expectoration jaune verdâtre. Sur les téguments, cicatrices cuivrées, taches pigmentaires. Légère douleur de la gorge et des amygdales. Submatité à la base du poumon droit et au sommet gauche en arrière. Dans les deux poumons, râles crépitants et léger souffle. Pression sur le côté droit de la trachée douloureuse; on sent en ce point une tumeur qui se continue à la face postérieure. Diagnostic : syphilis laryngo-trachéale, tumeur comprimant la trachée, broncho-pneumonie syphilitique.

Le malade meurt le 23 avril dans une syncope. A l'autopsie, adhérences pleurales avec léger épanchement; broncho-pneumonie à droite et à gauche. Epiglotte saine; cartilages du larynx épaissis et ossifiés; un point de nécrose à la base de la grande corne gauche du thyroïde; cordes vocales atrophiées, indurées; pas de sténose cicatricielle.

Au-dessous du larynx englobant la partie droite et la partie postérieure de la trachée, tumeur allongée de 5 centimètres de long sur 4 de large, épaisse de 2 centimètres, comprimant la trachée et ayant déjà déterminé sur deux points l'érosion des anneaux cartilagineux; foyers de ramollissement dans l'épaisseur de cette tumeur qui paraît formée par l'hypertrophie d'un ganglion péritrachéal. Le nerf récurrent droit est englobé dans la tumeur.

Dans la trachée, nodosités nombreuses, papillomateuses et formant par places un syphilome en nappe s'étendant jusqu'à la bifurcation. Rien dans les bronches; gommes du foie, anévrismes miliaires du cerveau à droite et à gauche dans les lobes pariétaux. A. CARTAZ.

Pleurésie du stade roséolique de la syphilis, par CHANTEMESSE et WIDAL (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 *avril* 1890).

Les auteurs rapportent l'observation de deux malades qui ont eu, l'une une pleurésie bilatérale avec épanchement modérément abondant, l'autre une pleurésie sèche à la base gauche, pleurésies ayant débuté en même temps qu'une éruption roséolique généralisée, s'accompagnant de fièvre, d'un état général mauvais, et disparaissant en même temps que l'éruption, sous l'influence du traitement mercuriel. L'évolution correspondante de la roséole et de la pleurésie donne le droit d'admettre que la pleurésie doit être portée au compte de la syphilis. H. L.

Ataxie locomotrice d'origine syphilitique guérie par le traitement spécifique, par GAUCHER (*Bull. de la Soc. franç. de derm.*, *août* 1890).

Homme de 27 ans, est atteint en 1886 d'une syphilis qu'il néglige complètement. En 1880, premiers troubles nerveux, engourdissements dans les mains; en 1882, ces troubles se sont accentués; douleurs fulgurantes, diplopie, embarras de la marche : on diagnostique une ataxie. En avril 1883, le réflexe patellaire est aboli, douleurs fulgurantes, zone d'anesthésie, incoordination motrice. Le traitement par les frictions et l'iodure de potassium fut suivi d'une amélioration rapide; en trois mois tous les troubles avaient disparu, et le malade paraissait complètement guéri. F. BALZER.

La peptonurie dans la syphilis, par P. RAYMOND (*Congrès int. de derm.*, *p.* 650, *Paris*, 1889).

En se servant du procédé de Hofmeister, l'auteur a constaté que la

syphilis s'accompagne de peptonurie beaucoup plus rarement qu'on ne serait tenté de le supposer. Elle est rare, si même elle existe, à la période secondaire. Elle peut se montrer lorsqu'il existe une complication telle que le phagédénisme, sans qu'on puisse dire quelle part revient à cette complication elle-même dans la production du phénomène. Elle ne joue aucun rôle dans l'anémie des syphilitiques, et il n'y a pas lieu, pour expliquer cette dernière, de faire intervenir une déperdition en matériaux albuminoïdes. F. BALZER.

Polyurie syphilitique, par LECORCHÉ et TALAMON (*La Médecine moderne*, 26 *juin* 1890).

A propos d'un cas de polyurie observé chez un homme de 34 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans, et qui rend depuis 6 ans 9 à 10 litres d'urine, les auteurs insistent sur les faits suivants : la polyurie que l'on observe chez les syphilitiques s'accompagne ordinairement de symptômes indiquant l'existence d'une lésion bulbo-protubérantielle; mais ces derniers symptômes peuvent disparaître et la polyurie peut persister seule, d'où la difficulté de son diagnostic étiologique. Dans le fait rapporté, la polyurie avait résisté à tous les agents ordinairement employés contre elle, et le traitement antisyphilitique avait seul réussi à en diminuer l'intensité, mais sans parvenir à l'abaisser au-dessous de 5 litres.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber Impfungen mit den Exsudate der Sclerose, ein Beitrag zur Lösung der Frage der Exstirpation (Sur les inoculations avec l'exsudat du chancre induré, contribution à la solution de la question de l'extirpation), par NEUMANN (*Wiener med. Blätter*, *n*° 23, 24, 25, 1890).

L'inoculation, faite avec l'exsudat du chancre induré, ne produit jamais une ulcération, mais une rougeur circonscrite qui se change plus tard en papule peu de temps avant l'éruption. Si le chancre sécrète beaucoup de pus, l'inoculation produit une ulcération comme l'inoculation dans la gale, l'acné; mais l'on ne trouve jamais d'engorgement des ganglions voisins ou de traînées lymphatiques, l'ulcération ne devient jamais cratériforme ni parcheminée sur ses bords. Cette papule d'inoculation ne peut donc être considérée comme une lésion semblable à l'accident primitif, mais comme un produit d'irritation. Enfin, l'inoculation avec le pus d'un chancre mou, pratiquée sur un sujet syphilitique, produit un chancre semblable, dont les bords ne tardent pas à s'indurer et à prendre les caractères d'un chancre induré. BARBE.

Iodol in syphilidologischer Praxis, par SZADEK (*Wien. med. Presse*, *n*° 8, *p*. 239, 1890).

L'iodol appliqué sur le chancre mou et le bubon ouvert, n'a pas une action aussi rapide que l'iodoforme. Il ne peut donc remplacer ce médicament, bien qu'il ait l'avantage d'être presque sans odeur.

Il modifie au contraire très vite les ulcérations de la syphilis tertiaire, cutanées ou muqueuses, les gommes ulcérées. Du reste, les applications externes d'iodol ont été combinées par l'auteur avec l'usage interne de l'iodure de potassium.

A l'intérieur, on peut le prescrire aux syphilitiques, sous forme de poudre, à la dose de 2 à 4 grammes. Il est mieux supporté que l'iodure de potassium, et peut être administré longtemps, sans inconvénient. Il paraît préférable à l'iodure, dans les cas où une action énergique n'est pas nécessaire. Que, s'il y a urgence, au contraire, à frapper un grand coup, l'iodure de potassium est indiqué.

En résumé, on doit le réserver surtout pour l'usage externe, dans la syphilis tertiaire. L. GALLIARD.

Ueber die Behandlung der Syphilis mittelst Injektion unlöslicher Quecksilbersalze (Du traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles insolubles) (*Deutsche militärärtzliche Zeitschrift*, *p.* 229, 1889).

Revue très intéressante, quoique sans nom d'auteur, de ce mode de traitement de la syphilis proposé dès 1864 par Scarenzio. C'est à la formule de Watraszewski qu'on doit donner la préférence, à savoir :

Calomel à la vapeur, 1 gramme; gomme arabique, 0 gr. 25; eau distillée, 10 grammes.

ou bien :

Oxyde jaune de mercure, 1 gramme; gomme arabique, 0 gr. 25; eau distillée (en poids), 30 grammes.

Une injection intra-musculaire par semaine. Les accidents disparaissent de la 3e à la 5e injection. — Il faut avoir soin de bien agiter le liquide avant de l'employer. Le calomel à la vapeur provoque beaucoup moins facilement la salivation que le calomel par voie humide. L'addition de chlorure de sodium au mélange, proposée par Neisser, est très douloureuse et inutile.

Les avantages de cette méthode sur celle des injections de sels solubles sont : 1° L'énergie et l'efficacité de l'action dues à ce que l'organisme demeure très longtemps imprégné du mercure déposé dans ses tissus. C'est ainsi que l'analyse de l'urine permet de constater le passage du mercure dans ce liquide au bout de 24 heures et l'y révèle encore trois semaines après la dernière injection. — 2° La commodité du traitement, surtout pour les personnes éloignés de leur médecin et ne pouvant pas être examinées quotidiennement. — 3° La rapidité et la sécurité de la guérison; c'est ainsi qu'un mois suffit pour ce résultat, tandis qu'il faut 6 semaines avec les sels solubles; en outre la lenteur de l'élimination du dépôt mercuriel s'oppose plus efficacement aux récidives.

La méthode est contre-indiquée chez les anémiques et les cachectiques, comme le prouve un fait de Runeberg, qui perdit une malade atteinte d'anémie pernicieuse, au bout de 3 injections de 0 gr. 1 de calomel. — Quant aux complications inflammatoires locales, elles ne sont pas plus à redouter qu'avec l'emploi des sels solubles. Les seules précautions à prendre sont d'opérer avec une parfaite propreté et, pour cela, de ne préparer que très peu de liquide à la fois, et de faire l'injection non pas sous la peau, mais dans l'épaisseur d'un muscle profond, de préférence dans la région fessière : il faut enfoncer la canule de 3 centimètres au moins. Watraszewski recommande de ne point faire de massage après la piqure, mais de se contenter de comprimer celle-ci avec le doigt pendant 25 à 30 secondes. DE SANTI.

Valeur diagnostique de la tolérance des iodures dans la syphilis, par W. WHITE (*Union médicale*, 31 *octobre*, 5 *novembre* 1890).

L'auteur conclut, d'après plusieurs observations personnelles,

1° Que l'idiosyncrasie, dans les accidents provoqués par les iodures, est un facteur dont la puissance l'emporte de beaucoup sur celle qu'on pourrait attribuer à la syphilis ;

2° Qu'il n'y a pas de raisons théoriques satisfaisantes pour admettre que la syphilis empêche la production de l'iodisme par un procédé de neutralisation ;

3° Qu'il serait dangereux de s'appuyer pour émettre un diagnostic sur la présence ou l'absence des symptômes de l'iodisme après l'administration des iodures à haute dose. H. L.

Il diplococco di Neisser negli ascessi blennorragici periuretrali, par PELLIZZARI (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, juin* 1890).

Le diplocoque de Neisser se trouve dans les abcès périuréthraux de la blennorragie, et on ne peut lui refuser une action pyogène. D'autre part, il est ordinairement associé à d'autres microbes pyogènes, notamment au staphylocoque aureus, mais il peut aussi se rencontrer isolément dans les abcès à leur début. Cela serait le cas pour les folliculites blennorragiques périuréthrales, qui sont souvent le point de départ des abcès. F. BALZER.

Sur les modifications épithéliales de l'urèthre après la blennorragie chez l'homme, par BARABAN (*Revue médicale de l'Est, n°* 12, *p.* 361, 1890).

L'épithélium normal de la portion spongieuse de l'urèthre est un épithélium stratifié, dont les cellules cylindriques recouvrent 2 à 4 rangs de cellules arrondies. C'est la description qu'en avait donnée l'école française. Sous l'influence de l'uréthrite, il se transforme par places irrégulières en épithélium pavimenteux stratifié, disposé en épaisses couches. Au-dessous de cette modification, il se fait un développement plus ou moins prononcé de papilles. La couche hyaline superficielle du derme disparaît presque complètement, ou est rendue méconnaissable par suite de sa disposition feuilletée, ou de la présence de quelques noyaux plats. Dans le derme, il se fait des agglomérations nodulaires de cellules lymphatiques, surtout nombreuses au voisinage du bulbe. Ces nodules siègent de préférence dans les points où l'épithélium a gardé son type cylindrique, comme si la transformation pavimenteuse avait préservé le derme muqueux de modifications morbides.

La transformation épidermoïde de l'épithélium uréthral ne tient pas à l'induration du tissu sous-jacent, comme l'a dit Neelsen. Elle est assez précoce, et au bout de quelques mois on peut constater que les cellules contenues dans les filaments uréthraux de la blennorragie sont déjà pavimenteuses en majorité. Elles sont pénétrées par les gonocoques qui, par leur cantonnement dans les éléments épithéliaux, sont cause de la lenteur de la guérison, et aussi de la transformation de l'épithélium.

LEFLAIVE.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle, considéré plus spécialement dans ses rapports avec la morale et la médecine légale, par ICARD (*Thèse de Paris*, n° 32, 1889).

Volumineux travail dans lesquel l'auteur tente d'abord de démontrer en s'appuyant sur les textes des auteurs et sur des observations cliniques, qu'il existe certains troubles de l'esprit pendant la période menstruelle (psychose menstruelle). Puis il étudie les divers désordres mentaux qui sont en rapport avec les règles: désordres de la volonté (kleptomanie, dipsomanie, monomanie homicide, nymphomanie, impulsions diverses); troubles affectifs (méchanceté, mensonge, haine, jalousie, etc...); conceptions délirantes (idées de persécution, délire religieux, hallucinations visuelles, génitales, etc.). Enfin il termine par quelques considérations pratiques au point de vue social et médico-légal. GORGES GUINON.

De la perception inconsciente, par J. ONANOFF (*Arch. de neurol.*, *mai* 1890).

Sous le nom de perception inconsciente, Onanoff désigne un état psychique dans lequel une excitation sensitivo-sensorielle venue du dehors n'est pas perçue lors de son accomplissement, mais peut entrer dans le domaine de la conscience sous la forme d'une image nette, soit sous l'influence de la volonté, soit pendant le cours des perceptions conscientes; et à partir de ce moment l'impression de l'excitation perçue inconsciemment ne diffère pas, jusqu'à un certain point, des autres impressions perçues consciemment.

Comme il y a des perceptions inconscientes, il y a de même des actes insconscients. L'élément primaire dont se compose un acte conscient est désigné sous le nom de réaction simple; le temps est connu, mais Onanoff a voulu déterminer expérimentalement la durée de la réaction simple, inconsciente. Il s'est servi, comme sujets, de malades anesthésiques de Charcot, et a trouvé que la durée du temps de la réaction inconsciente est moins longue chez eux que la durée du temps de la réaction consciente chez les sujets normaux. De même quand on réalise expérimentalement les conditions de la perception inconsciente chez les sujets normaux, on obtient les mêmes résultats que chez les hystériques anesthésiques. DESCOURTIS.

Ueber Psychosen nach Influenza, par KRÆPELIN (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, *p.* 209, 1890).

L'auteur cite plusieurs cas d'affections mentales consécutives à l'influenza. Ces cas se rapportent à trois variétés.

Dans la première, dépression psychique simple pouvant aller jusqu'à la mélancolie et l'hypochondrie; les malades se croient perdus, atten-

dent la mort; ou bien ils craignent d'être trahis par leurs amis, ou empoisonnés par leurs serviteurs. Ces psychoses ressemblent à celles qu'on observe à la suite des maladies infectieuses de longue durée, la fièvre typhoïde par exemple.

Le second groupe comprend des désordres mentaux analogues à ceux que déterminent secondairement la pneumonie, les exanthèmes aigus, les maladies infectieuses de courte durée : état de dépression aiguë, délire de collapsus, excitation avec hallucinations, délire à forme mélancolique et quelquefois à forme expansive.

Dans le troisième groupe, manie à marche lente avec état de dépression.

L'auteur n'a pas observé de démence aiguë.

Ici, comme dans toutes les psychopathies secondaires aux affections aiguës, les prédispositions héréditaires et personnelles jouent un rôle considérable. L. GALLIARD.

Sulle variazione della sensibilità generale, sensoriale e riflessa negli epilettici..., par Cesare AGOSTINI (*Rivista sperimentale di Freniatria e Med. leg.*, 1 et 2, 1890).

La sensibilité tactile et le pouvoir tactile local ainsi que la sensibilité pour l'appréciation de la pression est, chez les épileptiques, sont moindres que chez les individus normaux. Cette différence augmente encore après les attaques, et est plus marquée du côté où il y a eu prédominance des secousses. — La sensibilité thermique est peu ou pas affectée. — La sensibilité gustative est diminuée, et après les attaques on observe des phénomènes d'agneusie et d'hémipogneusie. De même, pour la sensibilité olfactive, surtout chez les individus soumis au bromure, et pour la sensibilité auditive. L'acuité visuelle se trouve presque intacte, et n'est presque pas altérée après l'attaque; il existe alors des phénomènes de rétrécissement du champ visuel: les altérations du sens chromatique sont peu fréquentes. La sensibilité à la douleur et le sens musculaire sont presque intacts après l'attaque. Le sens de l'équilibre est en général troublé, particulièrement dans l'épilepsie ancienne. La sensibilité électrique est diminuée. Quant aux réflexes : — La largeur de la pupille est normale dans 47, 50 0/0 des cas; elle est plus grande que normalement dans 31,25 0/0; la réaction aux excitations est plutôt lente, mais après l'attaque celle-ci devient ordinairement plus prompte, et la dilatation plus grande. Les réflexes de la conque auriculaire, olfactif, du voile du palais, axillaire, abdominal, crémastérien et plantaire se montrent en général moins prompts et moins forts que chez les sujet sains, pendant la période de calme, plus énergiques et plus prompts après l'attaque. Le réflexe rotulien est en général augmenté, il l'est davantage encore après l'attaque. Le phénomène du pied manque, dans la majorité des cas, à la période de calme, mais apparait très souvent après l'attaque. Il peut y avoir des troubles de la marche et de l'écriture, et la contractilité électromusculaire est moindre que chez les sujets sains, elle est diminuée encore plus après les attaques. — Au point de vue psychique et somatique, il y a des caractères suffisants pour classer l'épilepsie parmi les maladies de nature dégénérative, et pour démontrer son affinité avec la folie morale.

PIERRE MARIE.

Epilepsy caused by imperforated hymen, par SOMERS (*Lancet, vol.* 1, *p.* 1011, 1890).

Les attaques d'épilepsie remontaient à trois ans déjà. Elles avaient été précédées pendant un an de malaises, céphalalgie, anorexie, douleurs de ventre revenant chaque mois. Elles furent d'abord espacées, puis se montrèrent sur la fin de plus en plus fréquentes. Leurs caractères : yeux fixes, hagards, écume des lèvres, dilatation de la pupille, pouces fermés dans la paume des mains, étaient en tout ceux de l'épilepsie ordinaire. Somers, vu l'âge de la malade (21 ans) et l'absence des règles, songea d'abord à une grossesse chez une épileptique, mais l'examen lui fit reconnaître l'imperforation de l'hymen. L'incision laissa écouler un liquide épais et sanieux. Depuis, les règles se sont établies, l'état général est bon; les attaques n'ont pas reparu depuis quatorze mois. A.-F. PLICQUE.

Les épileptiques arithmomanes, par A. CULLERRE (*Ann. méd. psych., janvier* 1890).

L'état mental des épileptiques est assez bien connu; il présente cependant, d'après Cullerre, une particularité sur laquelle on n'avait pas encore attiré l'attention. Il s'agit d'une impulsion à compter, à combiner d'une façon générale des nombres quelconques, et plus particulièrement à faire des calculs portant sur les divisions du temps, telles que les secondes, les minutes, les heures, les jours, les mois, les années, les siècles. Ce singulier phénomène d'arithmomanie n'est pas très rare et présente des caractères qui le différencient de l'arithmomanie des héréditaires. Cullerre en rapporte huit observations personnelles. DESCOURTIS.

Beitrag zur Ætiologie der Jackson'schen Epilepsie (Contribution à l'étiologie de l'épilepsie jacksonienne), par K. YAMAGIVA (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. Band CXIX, Heft* 3).

Yamagiva rapporte deux cas d'épilepsie corticale observés au Japon, déterminés par la présence d'œufs de distomes dans l'écorce cérébrale.

Dans l'un des cas, les attaques convulsives débutèrent par le côté gauche : troubles visuels dans l'œil gauche, parésie peu prononcée des extrémités.

L'autopsie établit l'existence d'œufs de distomes dans l'hémisphère droit, particulièrement dans le lobe occipital; ils étaient logés dans la substance grise. Il convient d'ajouter que le poumon était également le siège de lésions produites par les distomes.

Dans l'autre cas, le Dr Otani avait trouvé dans le cerveau des tumeurs kystiques, renfermant des distomes, chez un sujet mort à la suite d'une série d'attaques épileptiformes. ED. RETTERER.

Use of borax in epilepsy, par STEWART (*Lancet, vol.* 1, *p.* 909, 1890).

Le borate de soude dans l'épilepsie agirait plus particulièrement sur les attaques nocturnes. Son action sur les attaques diurnes semble inférieure à celle du bromure. Son association à ce dernier médicament se trouve tout indiquée dans les formes mixtes. A.-F. PLICQUE.

I. — Observation pour servir à l'histoire des troubles cérébraux symptomatiques dans la maladie de Basedow, par RENAUT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *mars* 1890).

II. — Des idées de persécution dans le goitre exophthalmique, par BALLET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *février* 1890).

I. — Il s'agit d'une femme de 57 ans qui, en 1877, à la suite de chagrins répétés, vit son cou grossir rapidement, en même temps que se produisaient palpitations, oppression, névralgies rebelles, etc., et enfin exorbitisme. En 1884, tous ces signes étaient très accentués. Après un court séjour à l'hôpital, elle devint sombre, craintive, voyait des ennemis partout, réclama son exéat, et le jour même voulut se noyer.

Depuis, le délire de persécution a disparu, tandis que les névralgies et troubles cardiaques persistaient, mais s'atténuant au bout de quelques années. A aucun moment on ne put relever de stigmates hystériques.

Renaut insiste sur la corrélation entre l'exagération des symptômes basedowiens et la crise mentale avec délire de persécution qu'a subie la malade. H. L.

II. — Il s'agit d'un homme présentant d'une part les signes classiques de la maladie de Basedow, et d'autre part les stigmates de l'hystérie la plus nette. Cet homme est en proie à une constante inquiétude, il se défie de tous ceux connus ou inconnus qui l'approchent; il est convaincu qu'on lui en veut, d'où des déplacements incessants et le goût de l'isolement. Il a fait plusieurs fois des tentatives d'homicide ou de suicide. Ces troubles mentaux proviennent d'hallucinations de la vue. Sans cesse il voit les trois personnes qui lui en veulent le plus, et en outre il a des cauchemars. Ces hallucinations ont le caractère hystérique, elles sont multiples, mobiles; le malade voit des bêtes féroces colorées, en général rouges.

Ballet admet que l'hystérie crée les hallucinations, que le goitreux se les approprie et s'en sert pour réaliser l'idée de persécution. H. L.

Des rapports de la folie et du goitre exophtalmique, par A. JOFFROY (*Ann. méd. psych.*, *p.* 467, *mai* 1890).

Les modifications du caractère et de l'intelligence qui s'observent dans la plupart des cas de goitre exophtalmique peuvent prendre de telles proportions qu'elles constituent alors réellement de la folie, se présentant soit sous la forme de mélancolie, soit sous celle de manie. Il y a lieu dans ces cas de considérer la mélancolie ou la manie comme symptomatique de la maladie de Basedow. Il peut même arriver que la mélancolie de la maladie de Basedow marque le début de cette affection.

La maladie de Basedow peut se développer chez des malades atteints depuis longtemps d'aliénation mentale. Dans ces cas, l'aliénation mentale constitue une affection tout à fait différente de la maladie de Basedow, mais peut s'aggraver sous l'influence du goitre exophtalmique. — Chez des prédisposés, et particulièrement chez des hystériques ou des hypochondriaques, la maladie de Basedow peut se compliquer de troubles vésaniques qui empruntent leur forme et leur origine à la maladie première, et prennent, sous l'influence de la seconde, un développement excessif. Les troubles psychiques ne doivent dans ces cas être regardés que comme partiellement symptomatiques de la maladie de Basedow; ils appartiennent en réalité en partie à la maladie de Basedow, en partie à l'hystérie ou à l'hypochondrie. DESCOURTIS.

Katatonie, par Julius MICKLE (*Brain*, *p.* 503, *janvier* 1890).

Mickle résume, dans cette note, les données actuellement acquises sur

la psychonévrose décrite par Kahlbaum sous le nom de catatonie : elle débute par une période de dépression mélancolique, les mouvements spasmodiques, choréiformes, rythmiques ou épileptiformes, et les troubles mentaux concomitants (illusions et hallucinations); enfin les périodes alternatives plus ou moins cycliques d'excitation et de dépression aboutissant rarement à la démence. Il publie une observation inédite de ce genre, concernant un individu de famille névropathique, condamné à la prison pour vol, et qui pendant son séjour eut successivement des troubles cérébraux avec impulsions destructives, puis des phases de mélancolie, avec mouvements des bras, du cou et de la tête, des crises cataleptiformes, des accès de mutisme absolu, alternant avec des périodes de loquacité ou de langage scandé emphatiquement et enfin, des hallucinations visuelle et auditive. L'observation est ainsi poursuivie pendant près de deux ans, sans amélioration sensible dans l'état mental du malade.

H. R.

Des persécutés génitaux à idées de grandeur, par MARANDON DE MONTYEL (*Ann. méd. psch., mars* 1890).

D'après Christian, il existe une catégorie de persécutés chez lesquels jamais, à aucun moment, ne survient le délire des grandeurs : ce sont ceux dont le délire s'alimente exclusivement dans les troubles de la sensibilité génitale. Marandon de Montyel combat cette opinion, et, admettant l'existence du délire systématisé de Magnan, avec ses quatre périodes, y fait rentrer les persécutés génitaux, qui deviendraient mégalomanes comme les autres. Il s'appuie, pour soutenir cette opinion, sur quatorze observations, soit personnelles, soit empruntées à divers auteurs.

DESCOURTIS.

Des injections sous-cutanées d'ergotinine dans le traitement des attaques épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale et des affections chroniques du cerveau, par CHRISTIAN (*Ann. méd. psych., p.* 119, *janvier* 1890).

L'ergot de seigle n'est pas employé seulement pour combattre les hémorragies utérines, mais encore les hémorragies des autres organes. On l'emploie depuis quelques années contre les accidents congestifs des paralytiques généraux, mais il y a des cas où il faut agir rapidement et à forte dose. C'est dans ces circonstances que Christian conseille les injections d'ergotinine. Il a employé l'ergotinine Tanret suivant sa formule : ergotinine, 1 ; acide lactique, 2 ; eau de laurier-cerise, 1000, soit un milligramme par centimètre cube. D'après ses observations, ce procédé serait le meilleur à opposer aux attaques épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale et des affections organiques du cerveau. DESCOURTIS.

I. — The surgical treatment of general paralysis, par T. Claye SHAW (*Brit. med. j., p.* 1090, *novembre* 1889).

II. — The surgical treatment of intracranial fluid pressure, par J. Batty TUKE (*Ibidem, p.* 8, 4 *janvier* 1890).

III. — The surgical treatment of general paralysis, par Percy SMITH (*Ibidem,* 11).

IV. — On the surgical treatment of general paralysis, par T. Claye SHAW et Harrison CRIPPS (*Ibidem*, 1364, 14 *juin* 1890).

I. — Il s'agit d'un homme atteint d'idées de grandeur, d'excitation délirante, troubles de la parole, exagération des réflexes, instabilité de la marche et rétention d'urine. De temps en temps, accès apoplectiformes avec perte de connaissance, convulsions dans les membres gauches, troubles graves de la déglutition.

Trépanation sur le côté droit du crâne à deux pouces au-dessous de la scissure longitudinale, au niveau du sillon central : deux couronnes de trépan sont ainsi enlevées, la dure-mère sectionnée, ainsi que l'arachnoïde : écoulement de beaucoup de liquide céphalo-rachidien. Guérison, opération rapide.

Depuis lors, pas de crises épileptiformes, pas de troubles membraneux : persistance d'un certain embarras de parole, mais amélioration très considérable de l'état psychique. H. R.

II. — Homme de 32 ans, jadis actif et intelligent, peut-être syphilitique. Depuis quelque temps, phénomènes d'excitation et de dépression cérébrale, perte de la mémoire, anaphrodisie, impuissance, inertie mentale allant jusqu'à l'inconscience, alternant avec des idées de grandeur et de richesse; embarras de parole et inégalité pupillaire : bref, symptômes de paralysie générale, avec signes d'augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien.

Cette dernière condition conduisit à proposer au malade la trépanation du crâne. L'opération fut pratiquée un peu au-dessus et en avant de la base pariétale gauche. Une autre couronne de trépan fut enlevée à droite, au point symétrique. La dure-mère fut trouvée saine à gauche, un peu tendue à droite ; néanmoins, on n'en fit pas l'incision, et on se borna à suturer la plaie sans réappliquer les rondelles osseuses. La réunion des plaies cutanées se fit par première intention. Dès le lendemain, l'inégalité pupillaire disparut : l'intelligence devint plus nette ; la céphalée et les hallucinations disparurent. Mais l'amélioration fut de courte durée, et le malade dut être transféré dans un asile d'aliénés, où les signes de la paralysie générale s'accentuèrent concurremment à ceux de l'ataxie.

L'auteur pense qu'on eût obtenu de meilleurs résultats, au sujet de la diminution de la pression intra-crânienne, en sectionnant la dure-mère au lieu de la laisser intacte. H. R.

III. — A propos du malade de Shaw, qui sortit de l'hôpital en apparence guéri de sa paralysie générale à la suite de l'opération du trépan, Percy Smith fait remarquer qu'il existe fréquemment des périodes de calme où les accidents mentaux disparaissent et simulent des guérisons véritables. Ce ne sont que des rémissions, mais des rémissions qui peuvent être fort prolongées. Il en rapporte quatre exemples : aussi croit-il qu'avant de juger la valeur de l'opération, chez le malade de Shaw, il importe de savoir ce qu'il est devenu, et si l'amélioration a persisté d'une façon durable. H. R.

IV. — Homme de 29 ans, atteint de paralysie générale, avec cette particularité qu'il avait subi quelques années auparavant un traumatisme grave du côté gauche de la tête, et que depuis lors il se plaignait souvent de céphalée. Cette circonstance fit penser à l'opportunité de la trépanation. L'opération fut pratiquée par Harrison Cripps au niveau de la bosse pariétale gauche : deux couronnes osseuses furent aussi enlevées, puis la dure-mère sectionnée et réséquée dans l'espace correspondant à la plaie. La réunion des lambeaux cutanés se fit par première intention.

L'état mental de cet homme s'améliora sensiblement. La céphalée disparut complètement; sa mémoire redevint meilleure : il n'y eut plus trace de délire de grandeur, mais seulement un certain degré d'optimisme. Les troubles de la motilité ne furent pas amendés.

A ce propos, Shaw donne la suite de l'observation de son premier opéré. Pendant six mois, il alla sensiblement mieux et n'eut qu'une convulsion légère; mais le 20 février il en eut une seconde; après la convulsion survint un état comateux, et le malade succomba.

On trouva à l'autopsie une cicatrice fibreuse résistante, adhérente à la pie-mère, et 6 onces de liquide qui avaient été la cause ou la conséquence de la crise consécutive. H. R.

MÉDECINE LÉGALE.

Congrès international de médecine légale tenu à Paris en août 1889 (*Annales d'hyg. publ., XXII*, 401, *novembre* 1889).

Voici les principales résolutions adoptées par le Congrès :

I. — *Les traumatismes cérébraux et médullaires dans leurs rapports avec la médecine légale :*

Dans l'état de la science, il est difficile, parfois même impossible de déterminer rigoureusement les conséquences des traumatismes cérébraux et médullaires. Des malades paraissant gravement atteints peuvent guérir après plusieurs mois, plusieurs années ; d'autres qui, après l'accident, ont pu sembler rester indemnes, sont pris de complications graves et ne guérissent pas. Une observation attentive et suffisamment prolongée permettra seule de fixer le pronostic et de sauvegarder aussi bien les intérêts de l'auteur du traumatisme que ceux de la victime.

Dans ces conditions, les médecins experts ne devraient être tenus qu'à donner leur appréciation sur l'état actuel, et pourraient alors, réservant l'avenir, ne fournir des conclusions définitives qu'après un long temps. Les tribunaux auraient à déterminer provisoirement dans quelle mesure la réparation serait due aux victimes, jusqu'au dépôt du rapport établissant les responsabilités.

II. — *De l'intervention des experts dans la procédure à fin d'interdiction ou de main-levée d'interdiction :*

Aussi bien au moment où l'interdiction est demandée qu'au moment où les tribunaux sont saisis d'une demande de main-levée, un examen médico-légal serait utile. Il déterminerait d'une manière précise l'état mental de l'aliéné, les chances probables d'une guérison ou les conditions particulières qui ne permettent plus de l'espérer. Il établirait un diagnostic rigoureux et, lorsqu'il ne serait pas possible cliniquement, scientifiquement, d'appliquer à l'état mental étudié les termes d'imbécillité ou de démence, il ferait voir que l'étendue, la chronicité d'un désordre intellectuel emportent *de plano* l'incapacité absolue à se diriger, à gérer ses affaires, et justifierait la mesure d'interdiction.

III. — *Questions médico-légales relatives à l'abus de la morphine et de la cocaïne :*

1° Les droguistes et fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques ne peuvent vendre de la morphine et de la cocaïne qu'aux pharmaciens; la livraison des toxiques ne peut avoir lieu qu'à domicile;

2° Les pharmaciens ne peuvent exécuter qu'une seule fois, à moins de mention contraire inscrite par le médecin, une ordonnance contenant de la morphine ou de la cocaïne.

IV. — *Syphilis des nourrices :*

1er cas. Le médecin consulté trouve un enfant atteint de syphilis héréditaire; la nourrice est encore saine. Il doit immédiatement faire cesser l'allaitement, même si la nourrice, instruite du cas, était consentante. L'enfant sera allaité au biberon, par une chèvre ou par une nourrice syphilitique. La nourrice sera conservée quelques semaines en observation, comme nourrice sèche, car elle peut être en incubation de syphilis. Le médecin doit avertir la nourrice, qu'étant menacée d'une affection contagieuse (sans dire laquelle), elle ne peut, sans danger, allaiter actuellement son nourrisson ni aucun autre enfant. Si les parents continuent l'allaitement malgré le médecin, il doit renoncer au traitement et dégager sa responsabilité en adressant au père, par lettre chargée, une consultation dont il garde le double.

2e cas. Lorsque l'enfant est trouvé atteint de syphilis héréditaire et que la nourrice est déjà contaminée, il faut à tout prix la garder pour conserver au nourrisson les bénéfices de l'allaitement et empêcher la nourrice de contaminer son mari ou son enfant. Le médecin doit conseiller au père d'avouer la vérité à la nourrice et de traiter avec elle à ce moment pour une indemnité qui évitera de la part de la nourrice une action tardive.

3e cas. Le médecin inspecteur des nourrices ayant dépôt d'enfants assistés, trouve la syphilis chez un enfant. Il n'y a plus ici de secret professionnel. Le médecin doit ordonner à la nourrice de suspendre l'allaitement de l'enfant syphilitique. Il consigne sur le carnet de la nourrice qu'à telle date il a trouvé sur son nourrisson des lésions de nature contagieuse (sans écrire le nom de la maladie) qui nécessitent la cessation de l'allaitement. En même temps il prévient le maire de la commune par un bulletin où est mentionné le nom de la syphilis.

4e cas. Un médecin trouve la syphilis sur un enfant confié par ses parents à une nourrice ayant dépôt. Son premier soin sera de prescrire immédiatement la cessation de l'allaitement en instruisant par une lettre le père de l'enfant et en l'invitant à venir le reprendre. Il avertira la nourrice que l'enfant est atteint d'une maladie contagieuse pour elle.

5e cas. Un médecin est consulté par une nourrice venant seule et affectée de syphilis à point de départ mammaire. La situation est ici la même que dans le cas précédent, et la réponse est identique.

6e cas. Le médecin nouveau venu dans une famille, apprend que le nouveau-né envoyé en nourrice avant son arrivée est susceptible de syphilis héréditaire. Il doit immédiatement prévenir le père que son enfant va infecter la nourrice, qu'il ait à écrire aussitôt et à le reprendre. Que si la nourrice, ainsi avertie, consentait à élever l'enfant au biberon, le père, sur le conseil du médecin, devrait alors écrire à cette femme que

l'enfant est susceptible de présenter une affection contagieuse, transmissible à elle-même et à ses enfants, soit directement, soit au moyen de son biberon, de sa tasse, etc. Il devrait en plus engager cette nourrice à consulter, aux premiers symptômes survenant chez le nourrisson, le médecin de la localité, et, au besoin, écrire lui-même à ce dernier. J. B.

Artificial anæsthesia during sleep, par POTTER (*New York med. record, p.* 263, *7 septembre* 1889).

Un enfant de 8 ans se fait une fracture du bras. L'auteur le trouve endormi, et, sur la demande de la famille, lui donne le chloroforme sans le réveiller.

L'anesthésie est maintenue pendant tout le temps nécessaire au diagnostic et au traitement (appareil plâtré).

Ce cas est intéressant au point de vue de la question souvent posée en médecine légale de la possibilité de l'anesthésie par le chloroforme chez des individus endormis. P. DUFLOCQ.

Étude statistique sur le suicide en France, par J. SOCQUET (*Ann. méd. psych., juillet, septembre, novembre* 1889, *janvier et mars* 1890).

Tandis que la population n'augmente que de 1 pour 400 environ chaque année, le suicide augmente dans la proportion de 1 pour 20; le rapport du nombre des suicides à celui des habitants est moyennement de 1 à 10 000. Les hommes se suicident dans la proportion de 3,454 pour une femme. Les vieillards se suicident en plus grande proportion que les autres, contrairement à ce qu'avaient pu faire croire des statistiques incomplètes. Chez les hommes, ascension rapide jusqu'à 45 ans, arrêt de 45 à 55, puis ascension ininterrompue. Chez les femmes, ascension jusqu'à 18 ans, très lente de 18 à 35, plus rapide de 35 à 65, lente de 65 à 75, enfin, à partir de 75, presque aussi rapide que pour les hommes. Ce n'est donc qu'aux âges extrêmes que les femmes se suicident en grand nombre. — Abstraction faite de l'âge, la situation la plus défavorable est celle de célibataire, pour les hommes comme pour les femmes; ensuite, celle de veuf sans enfant, puis celle de veuve sans enfant. L'état où l'on a le moins de propension au suicide est celui d'homme marié avec enfants; les femmes mariées avec enfants viennent immédiatement après. — La profession qui fournit le moins de suicides est celle de commerçant, ensuite celle de domestique, puis l'agriculture, ensuite l'industrie, qui représente la moyenne générale. Viennent ensuite les professions libérales. — Le domicile a une influence sur les suicides. Le nombre des suicides est, relativement à la population, beaucoup plus élevé dans les villes que dans les campagnes (presque double). Il s'accroît lentement et régulièrement dans les campagnes; dans les villes, après avoir diminué jusqu'en 1876, il s'est accru d'une façon extrêmement rapide. — Les moyens employés présentent 40 0/0 de strangulation et de pendaison, 30 0/0 de submersion et seulement 2 0/0 de poison. — C'est, en général, dans les mois les plus chauds que les suicides sont les plus nombreux. Pour les femmes, la différence entre la saison chaude et la saison froide n'est pas aussi tranchée que pour les hommes. — Il y a analogie entre la courbe des suicides en général et celle des suicides par ivrognerie. — Les causes des suicides sont l'ivrognerie, puis les maladies cérébrales;

puis les peines diverses; ensuite, chez les hommes, les revers de fortune, et, chez les femmes, les chagrins de famille. DESCOURTIS.

Ueber das Eindringen von Ertränkungsflüssigkeit in die Gedärme (De la pénétration du liquide de submersion dans les intestins de noyés), par L. W. FAGERLUND (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw. nouv. série LII, 1 et 234, janvier et avril* 1890).

1° Dans les circonstances ordinaires, le liquide de submersion ne pénètre, après la mort, ni dans l'estomac ni à travers l'anus.

2° Pour qu'après la mort il puisse passer de l'estomac dans l'intestin, il faut qu'il soit soumis à une pression très forte.

3° Lorsqu'un individu tombe vivant dans un milieu liquide et y meurt, on retrouve habituellement ce liquide dans son estomac et parfois aussi dans ses intestins.

4° Le pylore semble jusqu'à un certain point s'opposer au passage du liquide de submersion de l'estomac dans l'intestin.

5° Ce sont les mouvements péristaltiques de l'estomac et des intestins qui poussent le liquide de submersion de l'estomac dans l'intestin et le font cheminer dans ce dernier.

6° Le passage du liquide de submersion de l'estomac dans l'intestin s'effectue plus facilement quand l'estomac est vide que lorsqu'il est plein d'aliments.

7° Une submersion prolongée semble favoriser le passage du liquide de submersion dans les intestins. J. B.

Ueber ein neues werthvolles Zeichen des Ertrinkungstodes (Nouveau signe de la mort par submersion), par C. SEYDEL (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw., nouv. série LII,* 262, *avril* 1890).

Seydel a eu l'occasion d'examiner, au printemps et en été, 12 cadavres frais d'individus presque tous jeunes, qui s'étaient pour la plupart noyés en se baignant.

Les paupières étaient tantôt d'un bleu rougeâtre et un peu gonflées, tantôt normales et non complètement closes. Sur la portion de cornée restée visible dans l'interstice palpébral, se trouvaient 12 ou 15 éminences phlycténoïdes, grises, un peu plus grosses que des graines de pavots; quand elles étaient détruites, on apercevait à leur niveau, le tissu cornéen privé de son épithélium et d'un blanc miroitant. La partie de la cornée recouverte par les paupières offrait, habituellement dans toute son étendue un trouble fumeux, et son épithélium était un peu tuméfié. La conjonctive était généralement injectée, surtout dans ses portions périphériques correspondant aux culs-de-sac; la teinte de cette injection variait du rougeâtre pâle au violet sombre, selon le plus ou moins de temps écoulé depuis la submersion.

Seydel attache une importance diagnostique à la constatation de ces lésions oculaires chez les individus noyés, en été du moins, car il est probable qu'en hiver, ces altérations qui doivent être rapprochées des autres phénomènes de macération sont au moins plus lentes à se produire. (*R. S. M.*, XXVII, 626; XXXIII, 596; XXXIV, 225; XXXV, 252.)

J. B.

— **Recherches sur la respiration pendant la submersion, par BROUARDEL et P. LOYE** (*Arch. de physiologie, n° 3, p. 408*).

I. — **Recherches sur la circulation pendant l'asphyxie par submersion et sur le sang des noyés, par LES MÊMES** (*Ibidem, n° 3, p. 449, 1889*).

II. — **Recherches sur le moment de l'entrée de l'eau dans les poumons des noyés, par LES MÊMES** (*Ibidem, n° 3, p. 578, 1889*).

I. — Brouardel et Loye ont étudié la mort par la submersion brusque, et particulièrement les modifications respiratoires qui la précèdent.

1° La mort par submersion brusque survient, chez les chiens, entre trois minutes et demie et quatre minutes. Depuis le moment de l'immersion jusqu'au dernier soupir, on peut distinguer cinq phases, caractérisées surtout par les modifications respiratoires : *a*) phase de surprise ou de saisissement (dix secondes); *b*) phase de résistance à la respiration et d'agitation (une minute); *c*) phase des grandes respirations avec arrêt des mouvements généraux (une minute); *d*) phase d'arrêt respiratoire, avec perte de la sensibilité (une minute); *e*) phase du dernier soupir (une demi-minute).

2° Si l'on enregistre, à l'aide du pneumographe, les divers modes respiratoires (costal supérieur, costal inférieur, abdominal), on trouve que la respiration diaphragmatique est prépondérante à toutes les phases de la submersion.

3° La résistance opposée dans la seconde phase de la submersion, à l'entrée de l'eau dans les voies aériennes, n'est pas le fait de la fermeture glottique, puisqu'on l'observe chez le chien trachéotomisé. Elle est le résultat de l'immobilisation du thorax. Elle est mise en jeu par l'action du liquide ambiant sur les nerfs sensibles de la peau, de la muqueuse naso-pharyngienne et de la muqueuse laryngo-trachéo-bronchique. L'excitation produite par cet irritant est, d'une part, transmise au cerveau, qui réagit par un arrêt volontaire des mouvements respiratoires; elle est, d'autre part, communiquée à des centres bulbo-protubérantiels qui, par voie réflexe, suspendent, inhibent la respiration. La résistance est donc à la fois d'origine volontaire et d'origine involontaire.

La mort par syncope, chez les noyés, n'est qu'un cas particulier de la mort par submersion; elle est due à la prolongation, à la permanence de l'action inhibitoire consécutive à l'excitation des nerfs cutanés, nasaux et laryngés. Dans la mort par syncope, il n'y a ainsi que les deux premières phases de la mort par submersion.

II. — Comme complément de leur précédent travail, les auteurs ont étudié la circulation dans ces mêmes conditions. Voici leurs conclusions :

1° A toutes les périodes de la submersion, les battements du cœur sont plus rares et plus énergiques qu'à l'état normal. Du fait de cette énergie des contractions cardiaques, la pression artérielle présente un écart considérable entre ses maxima et ses minima. Après le dernier soupir, les battements du cœur, extrêmement affaiblis, persistent assez longtemps (26 minutes dans un cas).

2° L'abaissement thermique est en moyenne de 3° au bout des quatre minutes de la submersion; le cadavre du noyé se refroidit plus vite que celui des autres asphyxiés.

3° Le sang artériel, au moment de la mort par submersion, présente

les caractères du sang asphyxique. De plus, il s'est notablement dilué par suite de son passage à travers les poumons gorgés d'eau; le sang du cœur gauche est plus dilué que celui du cœur droit. Le sang, examiné aussitôt après la mort, est toujours coagulé.

Les caillots du sang des noyés se désagrègent rapidement et disparaissent de bonne heure dans les cavités cardiaques. Lorsqu'ils ont disparu, le sang est devenu fluide; c'est à la présence de ce sang liquide que les médecins légistes attachent une grande importance pour établir le diagnostic de mort par submersion. Or, la liquidité n'est pas due à une absence de coagulation; elle est la conséquence d'une décoagulation; elle est d'ordre cadavérique.

III.— L'eau peut pénétrer en quantité variable dans les voies aériennes, au début de l'immersion, grâce à une inspiration de surprise; mais ce sont les premières grandes inspirations succédant à la phase de résistance qui font, en quelques secondes, pénétrer brusquement la plus grande quantité d'eau dans le poumon, tandis que les expirations font sortir l'air. Le liquide a ainsi bientôt remplacé la plus grande partie de l'air. Le poumon ne peut plus alors recevoir que des quantités de plus en plus faibles de liquide, de sorte que les grandes respirations suivantes, si amples qu'elles soient, sont presque sans influence sur l'introduction du liquide.

Voilà pourquoi il devient si difficile de rappeler à la vie un noyé qui a franchi la phase de résistance, et qui est arrivé à la phase des grandes respirations. La respiration artificielle ne fait que brasser dans ses poumons une spume qui, si aérée qu'elle soit, ne saurait, le plus souvent, empêcher l'asphyxie. G. LION.

Marche de la putréfaction des corps inhumés en rapport avec les propriétés physico-chimiques du sol, par A. RUSSO-GILIBERTI (*Sicilia medica*, *n*os 11 et 12, *p*. 886, 1889).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : la putréfaction des corps inhumés suit une marche qui est en rapport avec les propriétés physico-chimiques du sol.

La composition du sol exerce son influence moins par les matériaux de constitution que par les modifications de ses propriétés physiques dues à ces matériaux; c'est ainsi que la présence d'argile dans le sol est la condition d'une plus grande humidité et par suite diminue la perméabilité à l'air.

Le développement de la putréfaction est en raison directe de la perméabilité à l'air. Il est inexact de dire que la marche de la putréfaction varie avec la porosité; en effet un sol plus poreux qu'un autre peut être moins perméable à l'air, et par là retardera la marche de la putréfaction.

Cette marche varie en raison directe de la température et en raison directe de la perméabilité à l'eau; elle est retardée dans un terrain argileux, celui-ci étant moins perméable à l'eau. L'humidité du sol exerce une action indirecte en s'opposant à la pénétration de l'air.

Le processus de la putréfaction est d'autant plus rapide que le terrain contient une plus grande proportion d'humus; la terre de jardin hâte la putréfaction. Les acares détruisent rapidement les cadavres, parmi eux le cœpophagus echinopus.

La marche de la putréfaction est la suivante pour les différents organes : estomac, reins, cerveau, foie, cœur, intestin, mésentère.

G. LYON.

Untersuchungen über die Krankheiterscheinungen... (Recherches sur les manifestations morbides et les causes de la mort subite à la suite des brûlures graves de la peau), par O. SILBERMANN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIX, Heft* 3).

Des expériences multiples sur le lapin et le chien ont montré à Silbermann que les brûlures graves de la peau amènent dans les hématies des changements de forme et une moindre résistance à la dessiccation, à la chaleur, à la compression, etc. Les globules rouges ainsi modifiés dans leur forme et leurs propriétés vitales s'accumulent dans le système circulatoire de certains organes, tels que le poumon, le rein, l'estomac, l'intestin, l'encéphale, etc., et y produisent des thromboses et des stases sanguines, qui y ont pris naissance pendant la vie et ne sont nullement des phénomènes *post mortem*. Ce sont ces lésions vasculaires, surtout celles du domaine de l'artère pulmonaire, qui rendent compte de la dyspnée énorme et de la cyanose d'une part, de la diminution brusque de la pression aortique d'autre part. Celle-ci a pour conséquence des crampes, de la cyanose, des vomissements, de la prostration générale et un abaissement notable de la température, l'anurie, le coma, la faiblesse du pouls, etc.

Le ventricule droit ne pouvant plus se vider, le sang veineux stagne dans les organes, et le sang rouge ne pouvant plus y arriver que difficilement, il en résulte des ruptures vasculaires et des troubles parenchymateux dans les organes.

L'issue mortelle qu'on voit survenir chez les enfants à la suite de brûlures peu intenses doit être attribuée : 1° à la minceur de la peau, qui permet à la chaleur d'atteindre les hématies ; 2° à la résistance moindre des hématies à cet âge ; 3° au peu d'énergie du cœur. ED. RETTERER.

Ueber den experimentellen Nachweis der Wuthkrankheit und analoge diagnostische Behelfe vom gerichtsærztlichen Standpunkte (Utilité du diagnostic expérimental de la rage pour le médecin légiste), par Arnold PALTAUF (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit., nouv. série, LI,* 312, *octobre* 1889).

Paltauf montre les ressources qu'offrent, dans les cas de diagnostic douteux, les inoculations chez les animaux avec la substance nerveuse des individus morts suspects de rage. En médecine légale, comme en police sanitaire, l'expert a rarement assisté à l'évolution de la maladie ; souvent même il est privé de tous renseignements cliniques et est obligé de faire un diagnostic rétrospectif, appuyé seulement sur les résultats de l'autopsie qui, on le sait, sont négatifs pour la rage. C'est alors que l'inoculation sous la dure mère, pratiquée selon les préceptes de Pasteur, constitue un précieux moyen d'information. Mais pour cela, il fallait s'assurer, comme l'a fait Paltauf, que dans les mêmes conditions, l'inoculation de la moelle d'autres maladies (épilepsie, délire aigu, délire alcoolique, manie, tétanie, éclampsie, tétanos) ne donne jamais lieu chez les animaux à des accidents similaires. Paltauf rapporte ensuite 3 faits

médico-légaux dans lesquels le diagnostic de la cause de la mort n'a été mis hors de doute que par les inoculations aux animaux. J. B.

Étude spectrophotométrique du sang oxycarboné et applications médico-légales, par É. CHERBULIEZ (*Thèse de Paris*, 1890).

La première partie de ce travail est consacrée à l'étude critique de la méthode spectrophotométrique. L'auteur a fait usage du nouveau spectrophotomètre de Dupré. Il a examiné les propriétés optiques de l'hémoglobine à différents états, la préparation à l'état cristallisé, sa conservation; le dosage des mélanges d'hémoglobine de formes différentes. Le travail contient des applications au dosage clinique de l'hémoglobine oxycarbonée dans le sang des intoxiqués, le dosage de l'oxyde de carbone dans l'air par barbotage dans le sang et détermination de la combinaison ainsi obtenue. L'appareil de Dupré offre le triple avantage d'une belle lumière, d'une sensibilité égale ou supérieure à celle des autres appareils, et d'une très forte dispersion. Les résultats généraux obtenus par l'auteur confirment les résultats des travaux antérieurs. L'hémoglobine cristallisée, ou en solution étendue, ou oxygénée, ou réduite, ou oxycarbonée, n'a pas un pouvoir optique absolument constant; elle n'a pas non plus un pouvoir de fixation constant sur l'oxygène ou l'oxyde de carbone. La méthode spectrophotométrique pour l'analyse de l'oxyde de carbone dans l'air a une supériorité considérable sur toutes autres méthodes. A. D.

I. — Verheimlichte Geburt. Nachweis des Gelebthabens des Kindes... (Infanticide au lieu d'accouchement précipité), par von MASCHKA (*Vierteljahrsschrift f. gerichtliche Medicin*, *LI*, 295, *octobre* 1889).

II. — Sturzgeburt? Der Kindesmord vor den Geschworenen (Infanticide et non accouchement précipité), par HEIDENHAIN (*Ibidem*, *p.* 380).

III. — 14 Wochen altes, vergraben vorgefundenes Kind... (Cause de la mort d'un enfant de 14 semaines enfoui en terre), par von MASCHKA (*Ibidem*, *p.* 286).

I. — Fille déjà mère et niant sa nouvelle grossesse. Elle prétend être accouchée à l'improviste, étant debout, au grenier; son enfant tombant sur la paille et le cordon se rompant dans la chute. L'enfant n'ayant, durant un quart d'heure, donné aucun signe de vie, elle lui aurait enveloppé la tête et la poitrine dans un chiffon et dans un tablier, puis caché le corps ainsi que le placenta sous la paille, où on les découvrit.

Conclusions : L'adhérence encore parfaite du cordon ombilical au ventre, l'enduit caséeux des aines et des aisselles, la réplétion du gros intestin par du méconium, indiquent qu'il s'agit d'un nouveau-né. Sa taille, son poids (3,050 grammes) et le reste de son développement indiquent qu'il était complètement à terme et même robuste.

La docimasie pulmonaire ne laisse aucun doute sur la vie de l'enfant; toutefois la respiration n'a pas duré longtemps, car ni l'estomac ni l'intestin ne surnagent.

La mort n'est pas le résultat d'une chute, car on ne constate, ni à l'extérieur ni à l'intérieur du cadavre, aucune blessure ou lésion traumatique. Elle n'est pas non plus la conséquence d'une hémorragie par le cordon, car tous les viscères sont congestionnés; d'ailleurs on n'a jamais observé

de perte de sang notable quand le tronçon du cordon adhérent à l'ombilic a, comme ici, 15 centimètres de long.

En l'absence de toute autre cause, il est extrêmement vraisemblable que la mort a été causée par une asphyxie que dénotent la congestion des viscères abdominaux et la présence, à la face extérieure du cœur, de deux ecchymoses grosses comme des graines de pavot.

L'asphyxie a été le résultat de l'obstacle mis à l'accès de l'air dans les voies respiratoires par l'interposition de quelque objet mou (étoffe, paille) au niveau de leurs orifices supérieurs. Toutefois, on ne peut l'affirmer d'une façon certaine, vu l'impossibilité de faire la preuve que l'enfant a été enveloppé vivant, grâce à l'absence de tout signe de violence et à la faible durée des mouvements de respiration.

II. — Fille ayant caché sa grossesse et n'ayant fait aucun préparatif de layette. Elle raconte être accouchée debout, avant d'avoir pu atteindre son lit. L'enfant est tombé sur le sol et le cordon s'est rompu dans la chute. Puis elle aurait perdu connaissance et, en reprenant ses sens, aurait trouvé son enfant mort.

A l'ombilic adhèrent les restes du cordon longs de 80 centimètres et sans trace de ligature; les 20 centimètres périphériques sont filiformes et composés exclusivement des enveloppes.

Toute la face interne du cuir chevelu est recouverte, surtout au niveau du pariétal gauche, de sang coagulé. Le péricrâne des pariétaux est infiltré de sang.

De la bosse pariétale gauche partent quatre fractures rayonnant vers les sutures des os voisins; les trois premières, s'étendant en avant, en arrière ou en dedans, sont complètes et ont des lèvres béantes; seule la quatrième, qui descend jusqu'à l'écaille temporale, est incomplète. Toutes ces fractures ont des lèvres dentelées et injectées.

Caillots méningés au-dessous des pariétaux.

Conclusions : Enfant nouveau-né, à terme, viable, ayant respiré et mort des suites du traumatisme crânien.

Bien que les fractures occupent précisément le siège de prédilection de celles résultant d'un accouchement précipité, on ne peut ajouter foi aux allégations de l'inculpée, à cause de l'état des poumons indiquant que la respiration s'est parfaitement établie, circonstance inadmissible si l'enfant s'était tué dans sa chute.

Le jury a acquitté la femme.

III. — Enfant naturelle, nourrie artificiellement et enfouie en terre à l'âge de 14 semaines.

L'autopsie ne révèle aucune trace de violence; l'encéphale et les méninges sont congestionnés, les cavités cardiaques vides et la muqueuse du gros intestin ardoisée.

Les premiers experts conclurent qu'il n'était pas impossible que l'enfant eût été enterrée vivante, mais qu'il était possible également que l'enfant eût succombé au froid et eût été enterrée clandestinement.

Maschka, appelé à se prononcer, formula son opinion comme suit : Relativement à son âge, cette enfant était débile et peu développée; elle ne pesait que 7 livres, avait la peau ridée, et était maigre. Ce mauvais état de la nutrition, joint à l'état de la muqueuse intestinale, prouve que l'enfant était atteinte d'entérite chronique.

Elle n'a pas succombé à un traumatisme, dont son corps ni ses organes n'offrent aucune trace.

Elle n'a pas non plus été enterrée vivante, car il n'y avait de terre que dans le nez et la bouche, et pas du tout dans le reste des voies aériennes.

Il est possible qu'on lui ait enveloppé la tête dans un objet mou, tel qu'un vêtement, car l'obstruction des voies respiratoires à l'aide de ce procédé ne laisse parfois aucune trace, et chez une enfant dans le marasme, les symptômes de l'asphyxie peuvent n'être que peu marqués; toutefois l'autopsie ne fournit aucune preuve à l'appui de cette hypothèse.

Il n'est pas davantage possible de dire que le froid auquel a été exposée l'enfant ait été la cause unique de la mort, car l'autopsie n'a pas révélé les signes de la mort par congélation; au contraire, les cavités cardiaques étaient vides.

En résumé, il est impossible d'indiquer la cause de la mort, ni même de dire si celle-ci a été violente ou naturelle.

Quelque temps après, la femme avoua avoir tué son enfant, en lui obturant, durant 10 minutes, avec la main gauche, la bouche et le nez.

J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Ueber die Wundbehandlung mit Zucker und deren Resultate (Le pansement au sucre et ses résultats), par J. DANNHEISSER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXIX*, *p.* 311).

C'est l'exposé de la pratique de E. Fischer à la clinique chirurgicale de Strasbourg. La seule modification apportée depuis 5 ans dans la technique de ce pansement par Fischer consiste en la suppression de l'enveloppe de gutta-percha, grâce à laquelle l'évaporation n'est plus gênée et le sucre ne se liquéfie pas. Toutefois, pour les plaies à suppuration abondante, il recouvre le sucre de coussins d'ouate de bois pure. Le sucre également n'est plus employé qu'à l'état pur, sauf pour les plaies tuberculeuses, qui sont pansées avec un mélange à 1/10 d'iodoforme et de sucre. L'ouate de bois de Bruns au sublimé, employée d'abord par Fischer, a été abandonnée à la suite de quelques accidents d'intoxication. Pour les plaies anfractueuses, on se contente de les bourrer simplement de sucre au lieu d'employer les sachets; mais le sucre convient mal aux plaies cavitaires, parce qu'il y favorise l'hémorragie secondaire; dans ce cas, on a recours à l'iodoforme. — Les plaies sous le pansement au sucre ont un excellent aspect : une seule fois, à la suite d'une amputation du sein, il s'est produit un eczéma par irritation de la peau. Ce pansement est donc inoffensif à tous les points de vue. Dannheisser attribue ses propriétés antiseptiques à sa réaction acide, l'acide lactique empêchant le développement des bactéries pathogènes.

Le tableau suivant résume les observations rapportées par l'auteur :

		Guérisons complètes.	Guérisons incomplètes.	Morts.
Amputations dans des tissus sains	35	31	0	4
Amputations avec septicémie préexistante	39	35	0	4
Résections	29	24	2	1
Fractures compliquées	2	2	0	0
Ostéotomies	3	2	1	0
Nécrotomies	6	4	2	0
Incision et raclage d'abcès	9	8	0	1
Extirpations de tumeurs	9	9	0	0
Amputations du sein	12	12	0	0
Opérations diverses	11	11	0	0
Total	155	138	5	10

En outre, deux résultats inconnus (résections). La cause de la mort chez le réséqué fut le tétanos; un opéré avec un vaste abcès provenant d'une carie du sternum mourut d'épuisement le 70e jour. DE SANTI.

I. — Gerichtärztliche Studien über Schädelfrakturen nach Einwirkung stumpfer gewalten (Études médico-légales sur les fractures du crâne consécutive à des violences mousses), par B. KÖRBER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXIX, p.* 545).

II. — Un cas de fracture du temporal; quelques remarques sur les indications de la trépanation dans les fractures de la base, par Collins WARREN (*Amer. journ. of the med. sc., p.* 439, *mai* 1890).

III. — Sur un cas rare de plaie de la tête par arme à feu, par RATIMOFF (*Revue de chirurgie, n°* 7, *p.* 592, 1890).

I. — Travail considérable mais un peu diffus et difficile à saisir, basé sur un certain nombre d'autopsies que l'auteur a eu l'occasion de faire au cours de ses expertises médico-légales. Körber n'a retenu que les faits sur lesquels il avait obtenu des renseignements anamnestiques rigoureusement précis en ce qui concerne le mode, la nature, la direction et le siège de la violence : il a, de la sorte, pu grouper 13 observotions fort dissemblables, mais qui semblent confirmer la théorie émise par von Wahl sur le mécanisme des fractures du crâne. Au point de vue médico-légal, il montre que le siège et la direction des traits de fracture, quand il s'agit de fractures *méridiennes* (Wahl), permet d'apprécier avec certitude la direction de la violence, et réciproquement (résultat du reste qui n'est que le corollaire de la vieille proposition d'Aran, à savoir, que les fractures de la voûte gagnent la base par le rayon le plus court); mais il montre également qu'il est possible, d'après les caractères de la fracture, de différencier les compressions bilatérales des compressions unilatérales du crâne. Dans le premier cas, en effet, comme lorsque le crâne, appuyé d'un côté, subit une violence du côté opposé, les traits de fracture naissent à l'équateur du méridien comprimé et gagnent les deux pôles de compression en suivant ce méridien; dans le second cas, au contraire, les traits de fracture naissent au voisinage

du pôle de compression et s'atténuent et se perdent en se ramifiant au fur et à mesure qu'elles s'en éloignent. Cependant la compression bilatérale qui résulte de l'application de coups sur le vertex n'offre pas ces caractères : il se produit dans ces conditions une fracture *équatoriale* (Wahl) de la base (ce que nous appelons une fracture par enfoncement) déterminée par la résistance de la colonne vertébrale.

Telles sont les conclusions les plus importantes qu'on peut tirer de ce travail. Körber l'a fait suivre d'un grand nombre de figures sur lesquelles il a souligné en rouge les fractures méridiennes, et en bleu les fractures équatoriales, ce qui facilite considérablement l'intelligence de la théorie de von Wahl. DE SANTI.

II. — K. L..., 17 ans, chute de cheval; relevé dans le coma, fut vu 4 heures après l'accident. Pas de paralysie, hémorragie par le nez, par la bouche et par l'oreille gauche. Quelques fragments de substance cérébrale bouchaient le fond du conduit auditif. Une bosse sanguine considérable occupait la glabelle. En aucun point on ne trouvait de dépression osseuse. En pressant au-dessus et en arrière de l'oreille la région temporale, on faisait sortir le sang par l'oreille. Aucune plaie des téguments. On fait le diagnostic de plaie de la base du cerveau par fracture du rocher. Deux heures après, l'auteur fit une trépanation à un doigt au-dessus du conduit auditif, à cheval sur un trait de fracture vertical. Puis introduisant le doigt le long du plancher crânien, il constate la plaie du lobe moyen et la fracture du rocher le long de la fosse moyenne. Une grande quantité de sang s'échappa par l'orifice osseux, une branche artérielle fut tordue. On introduisit un drain d'os décalcifié et on bourra toute la plaie avec de la gaze au sublimé. De même fit-on dans le conduit auditif, puis on fit faire une série de lavages buccaux et pharyngiens avec de l'acide borique; dans la narine gauche fut insufflée de la poudre d'iodoforme.

Il n'y eut pas d'ecchymose conjonctivale, ce qui fit penser que le drain avait permis à l'écoulement sanguin de se faire facilement. Dès le quatrième jour, le patient sortit progressivement du coma dans lequel il était plongé.

Dans la seconde semaine survint de l'aphasie, de la difficulté de la parole. Il n'y eut pas d'autre symptôme de paralysie. Deux mois après, on fit examiner l'oreille, dont la cicatrisation profonde n'était pas encore terminée et dans laquelle il était possible de trouver les signes évidents d'une fracture de la paroi supérieure avec rupture du tympan sans lésion du labyrinthe.

En février tous les symptômes avaient disparu et le malade était complètement guéri. F. VERCHÈRE.

III. — Le fait rapporté par Ratimoff vient à l'appui de l'opinion de Munck et de Ferrier sur la localisation du centre visuel dans les lobes occipitaux.

Chez un malade qui avait reçu une balle de revolver dans la région pariétale droite et qui présentait, comme unique symptôme, une cécité complète sans aucune altération appréciable du fond de l'œil, sans aucune paralysie oculaire, Ratimoff posa le diagnostic de lésion des centres visuels; à la suite d'une intervention qui consista dans l'ablation d'esquilles et dans le nettoyage du trajet qu'on ne put suivre dans toute son étendue, la vision revint; mais l'examen du champ visuel démontra que la moitié gauche de chaque rétine faisait défaut.

Le trajet intra-crânien de la balle suppura pendant toute la maladie; le malade mourut au bout de six mois. A l'autopsie, on trouva l'hémisphère droit lésé sur une surface de 4 centimètres siégeant au-dessous et en arrière de la partie terminale de la scissure de Sylvius et empiétant sur les circonvolutions pariétales inférieures et sur les occipitales. Chaque lobe occipital

était transformé en une poche de pus. La balle se trouvait dans le lobe occipital gauche.

Ratimoff explique ainsi les phénomènes observés : La balle, dirigée vers la partie postérieure de la région pariétale droite, traverse l'os, l'hémisphère droit, et va se loger dans l'hémisphère gauche. Destruction du tissu cérébral et hémorragie assez intense sur tout le trajet de la balle. Le siège correspond à la sphère des centres visuels ; la destruction complète du centre droit et la compression par les caillots sanguins du centre gauche produisant une cécité absolue. Grâce à la décompression qui suit l'opération, la vue revient, mais il persiste un défaut de toute la moitié du champ visuel qui, d'après la théorie de Munck, correspondrait à la destruction du centre visuel droit. L'affaiblissement progressif de la vue et la cécité qui reparut avant la mort étaient dus à la formation d'un abcès dans le lobe occipital gauche et à la compression du centre visuel de ce côté. C. WALTHER.

De la crâniectomie dans la microcéphalie, par LANNELONGUE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 30 *juin* 1890).

Il s'agit d'une petite fille âgée de 4 ans, vrai type de microcéphalie, avec idiotie, incapable de se tenir debout, poussant continuellement des cris inarticulés, etc. La tête, d'un très petit volume, présente le type de la scaphocéphalie, c'est-à-dire un crâne aplati transversalement, saillant sur le vertex. L'auteur, pensant qu'on pouvait peut-être modifier une évolution cérébrale compromise ou retardée, et chercher à lui donner un nouvel essor en affaiblissant la résistance du crâne, a tenté l'opération suivante : ouverture du crâne le long de la suture sagittale, et production sur le côté gauche d'une perte de substance longue de 9 centimètres et large de 6. La dure-mère ne fut point intéressée, la plaie superficielle fut réunie sans drainage, et la cicatrisation eut lieu par première intention. Or, depuis l'opération l'enfant est devenue plus calme, ses cris inarticulés ont cessé ; elle s'intéresse à ce qui l'entoure, joue, rit, comprend et essaye de parler ; elle se tient debout toute seule, commence à marcher. Ainsi la résection partielle de la voûte du crâne, conception tout à fait rationnelle contre la microcéphalie, a donné dans ce cas, conformément à l'*a priori* théorique, un résultat dès maintenant très satisfaisant. M. DUVAL.

Note sur une variété de tumeurs confluentes du cuir chevelu, par A. PONCET (*Revue de chirurgie*, *n°* 3, *p.* 244, 1890).

L'affection dont Poncet rapporte un exemple est essentiellement caractérisée par des tumeurs multiples, confluentes sur le cuir chevelu, et disséminées sur divers points du tronc. Ces tumeurs sont de nature épithéliale ; d'après leur structure, leurs caractères anatomiques, elles appartiennent à la classe des tumeurs cylindromateuses. Au point de vue clinique, elles ont une demi-malignité ; elles s'accroissent insensiblement et restent indolentes jusqu'au jour où la peau est envahie. A en juger par la date éloignée de l'apparition des premières tumeurs, elles n'ont pas de tendance à la généralisation, mais elles peuvent infecter lentement les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la peau secondairement envahie.

Le seul traitement est l'extirpation avec l'instrument tranchant ; Poncet conseille l'ablation en plusieurs séances. C. WALTHER.

I. — **Contributo alla chirurgia cerebrale, par LAMPIASI** (*La Riforma medica*, 8, 9, 10 *et* 12 *mai* 1890).

II. — **A successful case of trephining... (Trépanation heureuse dans un cas d'épilepsie), par WILLIAMSON et Rob. JONES** (*Brit. med. j.*, *p.* 918, 26 *octobre* 1889).

III. — **Two cases of trephining, par SHEEN (de Cardiff)** (*Brit. med. j.*, *p.* 236, *février* 1890).

IV. — **Trephining for old hemiplegia accompanied by severe headache, par Hale WHITE et Arbuthnot LANE** (*Brit. med. j.*, *p.* 424, 22 *février* 1890).

V. — **Case of cerebral tumour successfully removed by trephining, par Ruston PARKER** (*Brit. med. j.*, *p.* 1212, 30 *novembre* 1889).

VI. — **Trephining in a case of actinomycosis of the brain, par Otto KELLER** (*Brit. med. j.*, *p.* 709, 29 *mars* 1890).

VII. — **On the removal of pyæmic thrombi from the lateral sinus (Ablation des thrombus pyémiques des sinus latéraux), par A. BALLANCE** (*Lancet*, 17 *et* 24 *mai* 1890).

I. — 1° Maçon de 24 ans qui, cinq ans après une chute sur le crâne, fut pris de convulsions épileptiformes avec hémiplégie droite suivie d'atrophie du membre supérieur : les convulsions étaient limitées à ce même membre. Quatre ans après le début des accidents convulsifs, Lampiasi applique deux couronnes au niveau de la zone rolandique ; à l'aspect de la dure-mère très irrégulière et très vasculaire avec des hémorragies punctiformes, il s'arrête, et après un pansement au sublimé, remet la suite de l'opération au lendemain. Avant l'incision et pour empêcher les hémorragies, il passe des fils de soie à travers la dure-mère au moyen d'une aiguille fortement courbée et les noue ensemble de façon à faire des ligatures en masse disposées en double ligne ; dans l'intervalle de ces deux lignes, il incise la dure-mère suivant le grand axe de la perte de substance osseuse, puis fait une deuxième incision coupant la première à angle droit ; une hémorragie veineuse abondante se produit alors et est arrêtée par la suture de la dure-mère dans plusieurs directions et par la pulvérisation d'une solution d'antipyrine à 0,5 0/0 ; avec une petite curette, on enlève une mince membrane rouge développée à la surface interne de la dure-mère, on fait un lavage au sublimé, on panse avec l'iodoforme et avec de la gaze au sublimé. Après avoir eu quelques troubles cérébraux les jours qui ont suivi l'opération et avoir encore eu quelques attaques épileptiformes, le malade fut définitivement débarrassé de celle-ci au bout de dix-huit jours. Le membre supérieur reprit sa motilité et, au bout de trente-deux jours, le malade quittait l'hôpital. Revu neuf mois plus tard, il était entièrement guéri.

2° Jeune homme de 25 ans, ayant depuis l'âge de 12 ans des attaques épileptiformes occupant surtout les membres du côté droit et la face du même côté, débutant constamment par le membre supérieur droit ; légère atrophie musculaire du bras et de la jambe droits, atrophie prononcée de la papille du nerf optique à droite. Cicatrice consécutive à une lésion du péroné gauche ayant l'apparence des cicatrices syphilitiques. Une couronne de trépan fut appliquée au niveau du tiers moyen de la scissure de Rolando ; la dure-mère était très adhérente à l'os, très vascularisée et très tendue, les méninges adhérentes à la substance cérébrale ; la brèche osseuse fut agrandie pour atteindre les limites de la lésion de la dure-mère ; avec une cuiller, on enleva la substance cérébrale adhérente à la dure-mère, et comme on ne percevait pas de pulsations du cerveau, on dépassa avec la curette les limites de

la brèche osseuse ; arrivé à un certain point, on s'aperçut que le cerveau s'abaissait et les pulsations apparurent. A la suite de l'opération, le malade éprouva des douleurs de tête ; il eut de l'insomnie ; du liquide céphalo-rachidien s'écoula pendant près de quinze jours ; pendant la première semaine, il eut de la fièvre, puis celle-ci cessa pour reparaître pendant deux jours au bout de quelques jours ; en même temps le membre supérieur droit était paralysé. Puis la paralysie disparut progressivement et les convulsions ne se reproduisirent plus ; l'opération remonte à cinquante jours, et tout fait espérer la guérison complète. GEORGES THIBIERGE.

II. — Jeune homme né de parents sains, mais ayant une sœur épileptique. Chute deux ans auparavant sur la tête au niveau de la zone rolandique gauche : plaie du crâne, commotion cérébrale. Érysipèle pendant la cicatrisation de la plaie ; à ce moment, pour la première fois surviennent des crises épileptiformes accompagnées d'une hémiplégie droite qui dure trois semaines. Guérison lente et retour progressif des mouvements.

Deux ans plus tard, réapparition de crises épileptique, le 31 octobre, le 3 novembre 1888, à caractère jacksonien : ces crises sont subintrantes, et s'accompagnent de nystagmus : coma consécutif.

Opération le jour même ; incision semi-circulaire autour de la cicatrice et mise à nu de la dépression osseuse. Deux couronnes de trépan furent successivement appliquées à la jonction de la partie moyenne à un tiers inférieur de la scissure de Rolando, et permirent d'extraire un séquestre disposé perpendiculairement à l'écorce cérébrale. Avant l'extraction de la première couronne de trépan, il y eut deux attaques d'épilepsie : elles cessèrent après que l os fut enlevé.

Accidents fort graves de collapsus après l'opération, dus à la nécessité de transporter le malade à l'hôpital (il avait été opéré d'urgence en ville dans de mauvaises conditions). Pendant trois jours, alternative de délire, d'excitation cérébrale et de coma. Guérison lente (du 6 novembre au 15 janvier.)

A la fin d'avril, excès alcooliques ; retour de crises épileptiques le 1er mai. Le 4, suintement purulent au voisinage de la cicatrice. Le 6, opération ; incision et dissection de la région. On retire une petite esquille osseuse, cause des accidents. Guérison définitive. H. R.

III.— 1° Enfant de 12 ans, atteint à la tempe neuf mois auparavant par une pierre : élimination d'un petit séquestre osseux : pendant ce temps, apparition progressive d'une hémiplégie droite alternant avec des convulsions unilatérales correspondantes. On diagnostique un abcès localisé au centre cortical du bras et de la jambe. Trépanation au lieu d'élection : le cerveau paraît sain. Une aiguille creuse est plongée sans succès dans plusieurs directions, mais une canule aspiratrice poussée profondément en arrière arrive dans le foyer. Drainage et pansement antiseptique.

Mort trois semaines après l'opération, d'une méningo-encéphalite secondaire. L'autopsie montra que le pus avait fusé dans le ventricule latéral et dans l'espace interpédonculaire ; le ventricule latéral opposé renfermait également du pus. La substance cérébrale était ramollie.

2° Cas de monospasme brachial, survenant par crises chez un homme âgé de 39 ans. L'accès débute toujours par le pouce et l'index gauche, avec ou sans perte de connaissance, et s'étend souvent aux muscles de la face. Cet état de choses dure près d'un an, en s'aggravant et les accès revenant incessamment.

Trépanation au tiers moyen de la scissure de Rolando. Le cerveau paraît sain et a une consistance élastique. Un scalpel plongé dans plusieurs direction ne ramène pas de pus. La plaie est refermée et pansée antiseptiquement.

Suppression des spasmes pendant six jours seulement ; après quoi ils re-

viennent dans les mêmes conditions que par le passé. Le malade est placé dans un asile, où il se comporte comme un véritable épileptique. H. R.

IV. — Garçon de 29 ans, ayant fait quatorze ans auparavant deux chutes graves sur la tête, la seconde suivie d'hémiplégie gauche et de céphalée violente. Depuis, crises épileptiformes et mal de tête permanent, souvent intolérable : la paralysie a persisté ; les muscles du bras gauche sont atrophiés, la moitié gauche de la face est contracturée. On diagnostique un épaississement des méninges avec adhérences aux circonvolutions motrices. Trépanation à la partie moyenne de la scissure de Rolando : l'os est à ce niveau très épais. La dure-mère est également épaisse : au-dessous, les circonvolutions motrices sont atrophiées. L'os épaissi et la dure-mère furent enlevés : la plaie suturée guérit par première intention. Le mal de tête disparut : il n'y eut plus qu'une seule attaque et la guérison fut parfaite. H. R.

V. — Homme de 38 ans : céphalée de longue date, affaiblissement intellectuel progressif, monoplégie brachiale gauche complète, parésie de la jambe correspondante ; inefficacité du traitement ioduré. On diagnostique une tumeur de la zone rolandique droite.

Trépanation au lieu d'élection ; on découvre une tumeur de la grosseur d'une noisette adhérente à la dure-mère. Incision et énucléation avec le doigt ; pansement antiseptique par occlusion, qu'on est obligé de rouvrir au bout de quarante-huit heures à cause de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien ; drainage.

La plaie suppure secondairement et pendant vingt jours les symptômes généraux de paralysie ne furent pas amendés : il y eut une hernie cérébrale avec œdème des circonvolutions. Finalement, guérison le quatre-vingtième jour. Il s'agissait d'une gomme syphilitique. H. R.

VI. — Femme de 40 ans, atteinte d'abcès costaux consécutifs à une pleurésie. On crut à des abcès tuberculeux jusqu'au jour où le microscope indiqua la présence de l'actinomycose. Les abcès restèrent fistuleux.

Deux ans plus tard, faiblesse croissante du bras gauche, convulsions jacksoniennes et monoplégie, que l'on impute à la présence d'un foyer d'actinomycose dans la zone motrice du cerveau. La malade tombe dans un état comateux : c'est alors qu'on l'opère.

Trépanation à la partie moyenne de la pariétale ascendante, incision de la dure-mère. On tombe sur un foyer renfermant deux onces de pus grumeleux dans lequel on reconnaît la présence du parasite.

Disparition instantanée du coma, retour du sentiment et de la parole ; huit jours après, disparition de la paralysie faciale et retour des mouvements de la jambe. Le bras est resté faible.

Un an après, nouveaux symptômes de paralysie et de vomissements, réapparition du coma. Burger rouvre le crâne et retire de nouveau du pus, mais la mort survient quelques jours après. On trouve à l'autopsie, outre une hernie du cerveau au point opéré, un abcès profond enkysté qui avait échappé aux recherches ; il renfermait également de l'actinomycose. H. R.

VII. — B... rapporte quatre observations de thromboses pyohémiques du sinus latéral, suites d'otites moyennes traitées par l'intervention chirurgicale. Deux des malades guérirent. Les deux autres succombèrent, l'un parce que l'opération avait été trop tardive et que la septicémie s'était généralisée, l'autre, à des embolies produites sans doute par le détachement de l'extrémité du caillot septique au cours de l'opération. Chez les deux malades guéris les accidents avaient été des plus graves : vomissements incessants, céphalalgie, grandes oscillations de la température. L'opération consista à ouvrir largement l'apophyse mastoïde, à enlever à la gouge toutes les portions d'os cariées jusqu'à ce qu'on arrivât sur la collection de pus siégeant en dehors de la dure-mère. Le caillot qui occupait l'intérieur du sinus fut

lui-même enlevé tant à la curette que par les irrigations. Deux ligatures furent placées sur la veine entre les extrémités des caillots et le cœur, et la veine sectionnée entre les deux ligatures. Pendant tout le cours de l'opération, B... fait des lavages avec la solution de sublimé à 1/2000. Il redoute en effet beaucoup l'infection au cours des manœuvres opératoires.

A.-F. PLICQUE.

Considérations sur l'origine, le mode de développement et le traitement de certaines encéphalocèles, par P. BERGER (*Revue de chirurgie, n° 4, p. 269, 1890*).

Berger montre que la structure de la substance nerveuse qui entre dans la constitution de certaines encéphalocèles s'écarte notablement du type normal des parties de l'encéphale auxquelles les tumeurs se rattachent. Cette circonstance et les modifications particulières que présente l'enveloppe méningée qui les renferme, doivent les faire considérer comme des produits néoplasiques véritables, analogues aux névromes médullaires décrits par Fœrster et Virchow, produits néoplasiques pour lesquels Berger propose le nom d'encéphalomes.

La considération de ces caractères de structure conduit à ramener l'origine des encéphalocèles aux premiers temps du développement embryonnaire, à un vice dans la formation de la vésicule encéphalique primitive. Ce vice réside probablement dans la production d'une protubérance exencéphalique quise développant avant que le crâne membraneux, se soit constitué, détermine un arrêt dans la réunion des lames qui le composent. Certaines encéphalocèles résultent donc d'une malformation primitive de l'encéphale entraînant un arrêt de développement du crâne. Ce sont de véritables ectopies de la substance encéphalique; elles ne peuvent être assimilées en aucune façon à des hernies cérébrales.

L'examen des faits anatomiques confirme cette manière de voir en montrant que, depuis les faits les plus simples d'encéphalocèle jusqu'aux ectopies cérébrales véritables, il existe une foule de degrés qui conduisent de l'un à l'autre de ces états extrêmes par une transition presque insensible.

La distinction anatomique et pathogénétique que l'on a voulu établir entre les diverses variétés des encéphalocèles, méningocèles, encéphalocèles pures, hydrencéphalocèles, ne se traduit souvent en clinique par aucun caractère distinctif capable d'assurer le diagnostic différentiel de ces variétés.

On doit ménager celles de ces tumeurs dont le volume est faible, l'accroissement peu marqué, et qui ne menacent pas l'existence dans un avenir prochain. Celles qui sont volumineuses, tendues, dont les enveloppes amincies menacent de se rompre, celles mêmes qui sont le siège d'une augmentation de volume manifeste, lorsqu'il n'existe aucune contre-indication tirée de l'état général ou des complications locales, doivent être traitées par l'extirpation.

L'opération qui mérite la préférence est l'extirpation complète du sac poussée jusqu'au niveau et même au-dessus de l'orifice qui donne passage à la hernie. On trace de part et d'autre du pédicule de la tumeur deux lambeaux latéraux que l'on dissèque rapidement jusque vers sa base, en pratiquant une hémostase aussi complète que possible ; ces lambeaux ne comprennent que la peau.

Le pédicule membraneux du sac méningé est alors reconnu et isolé jusqu'à ce qu'on sente le contour tout entier de l'orifice osseux au travers duquel il se prolonge; au ras de cet orifice, on traverse le pédicule avec une aiguille mousse armée d'un fil de catgut double qui permet d'étreindre le pédicule par deux ou plusieurs ligatures en chaîne. Toute la partie du sac qui déborde la ligature est alors enlevée d'un coup de ciseaux, la surface de section du pédicule est touchée avec une solution antiseptique, et l'on ramène sur elle les lambeaux cutanés, qui sont réunis et maintenus exactement au contact par un certain nombre de points de suture assez serrés au crin de Florence; tout drainage doit être rejeté.

C. WALTHER.

I. — **Rôle des parois thoraciques et abdominales par rapport au rachis, considéré au point de vue du traitement des courbures antéro-postérieures, par Louis WEIGEL** (*Transact. of the Americ. orthopedic Assoc.*, *vol. II*, *p.* 31).

II. — **The typhoid spine, par GIBNEY** (*Ibidem*, *vol. II*, *p.* 19).

III. — **Dislocation and fracture of the seventh cervical vertebra, par DWIGHT** (*N. York med. journ.*, *p.* 33, 11 *janvier* 1890).

IV. — **Angular curvature rapidly developing paraplegia; laminectomy; recovery, par LANE** (*Lancet*, *vol. II*, *p.* 11, 1890).

V. — **Paraplegia from compression; myelitis in the dorsal region; operation recovery, par WYETH** (*N. York med. journ.*, *p.* 271, 8 *mars* 1890).

VI. — **Heilung einer traumatischen Rückenmarksfistel (Guérison d'une fistule médullaire traumatique), par VORSTER** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXIX*, *p.* 421).

VII. — **Ein Fall von Pachymeningitis spinalis externa suppurativa in Folge eines leichten Traumas, par WIESMANN (d'Hérisau)** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Ærzte*, *n°* 6, *p.* 173, 15 *mars* 1890).

I. — Partant de ce principe que toutes les parties constituant le tronc sont physiologiquement associées les unes aux autres pour assurer les différentes fonctions de ce segment du corps, l'auteur tend à démontrer que les parois thoraciques et abdominales contribuent à soutenir les parties supérieures du corps et, par suite, méritent toute attention dans l'étude des courbures rachidiennes.

C'est à tort que l'on a considéré les muscles comme des maintiens du rachis. Ils ne peuvent constamment agir sans fatigue, c'est au système fibreux, ligamenteux, élastique, qu'est dévolue cette fonction permanente. Les muscles n'agissent que momentanément dans les cas où on doit ramener le tronc dans une situation stable après qu'il s'est écarté de son centre de gravité. Ce fait est de plus démontré dans les cas de paralysie des muscles sacro-spinaux.

La présence des viscères abdominaux joue un rôle mis en relief par des expériences convaincantes. Si on les enlève, les viscères thoraciques entraînent en avant la colonne vertébrale. L'ablation des viscères thoraciques a moins d'action. Mais les arcs costaux ont un rôle important: fixés sur le sternum, ils forment une véritable croûte résistante, qui, par sa disposition même, maintient la courbure dorsale du rachis. Enlève-t-on le sternum, une partie des côtes, et le rachis se

modifie immédiatement, non seulement dans sa partie dorsale, mais aussi lombaire.

L'action de soutien des viscères abdominaux se démontre encore par le mode d'agir des malades atteints du mal de Pott, qui, au moment où ils souffrent, augmentent avec les mains la résistance de l'abdomen et le refoulent en arrière. Dans les cas de troubles de la nutrition, de douleurs abdominales, on voit les patients, pour se soulager, tenir une position telle que le rachis se courbe en avant. Une respiration courte, haletante, est un des symptômes les plus marqués de mal de Pott et est due certainement à l'absence de soutien général du tronc. La disparition du symptôme par l'application d'un corset confirme cette manière de voir. Aussi celui-ci doit-il être exactement appliqué et former une véritable cuirasse venant suppléer à l'insuffisance du soutien thoracique, et peut-on, sans inconvénient, supprimer au niveau de l'abdomen le « dinner pad » (coussinet placé au niveau de l'abdomen et enlevé après durcissement du plâtre, sans permettre l'ampliation de l'estomac au moment des repas).

Phelps ne partage pas entièrement les idées soutenues par Weigel, et pense que la déformation rachidienne joue un rôle plus important que les troubles fonctionnels du thorax et de l'abdomen dans les troubles respiratoires dans le mal de Pott. F. VERCHÈRE.

II. — Sous le nom de « Typhoid spine », Gibney décrit des manifestations douloureuses survenant du côté de la colonne vertébrale pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, entre quinze jours et quelques mois après la période aiguë. Jamais ces complications ne sont apparues pendant l'état fébrile. Elles surviennent spontanément, ont parfois pour point de départ un traumatisme, chute ou contusion directe. L'auteur localise l'affection dans le périoste rachidien, il en fait une véritable périostite. Dans aucun cas on n'a vu survenir la suppuration. Sans la crainte de voir confondre cette affection avec la tuberculose, on lui aurait donné le nom de « Spondylitis typhique ».

Les symptômes sont une douleur spontanée très intense, et une exacerbation violente par le moindre mouvement, soit latéral, soit antéro-postérieur.

Dans un cas rapporté par l'auteur, outre la lésion rachidienne, existait du côté des membres inférieurs une position vicieuse intolérable, flexion forcée des hanches et des genoux. Sous le chloroforme, on fit l'extension forcée et la section sous-cutanée des brides, le malade guérit.

Tous les malades étaient jeunes. Le pronostic, dans tous les cas, fut assez favorable. La guérison s'obtint par l'immobilisation et la révulsion avec des pointes de feu.

Newton Shaffer, Davis, Ryan, Ridlon et Steele, citent des faits semblables que, jusqu'alors, ils n'avaient pas attribués à leur véritable cause. Il est, en effet, très facile de confondre ces faits avec des cas de mal de Pott, ou des névralgies de cause hystérique. Reginald Sayre émet même l'opinion que ces cas ont peut-être été des cas heureux de tuberculoses guéries ou des tuberculoses associées avec la fièvre typhoïde. F. VERCHÈRE.

III. — Femme de 45 ans, chez qui l'on constate, à la suite d'une chute dans l'escalier, une paralysie des quatre membres sans déformation appré-

ciable de la région cervicale. Cette déformation ne se manifeste qu'au bout de dix jours; raideur du cou.

Au bout d'un mois la fracture vertébrale paraît consolidée. Signes de sclérose latérale, contracture des membres supérieurs. Si les contractions des muscles sont obtenues avec les courants galvanique et faradique, aux membres inférieurs la contractilité faradique est supprimée. Albuminurie.

La malade ayant succombé un an après l'accident, on trouve une luxation (en rotation), de la 7e vertèbre cervicale, dont le corps s'est porté à gauche et l'apophyse épineuse à droite. Fracture de la base de l'apophyse transverse gauche. L. GALLIARD.

IV. — La paraplégie s'était développée en mois d'un moins. Après avoir enlevé les lames et les apophyses épineuses de la 9e, 11e et 12e vertèbres dorsales, Lane s'aperçut que la compression était due non à la déviation des vertèbres, mais à une masse tuberculeuse siégeant entre les lames et la moelle. Cette masse fut enlevée ; elle renfermait à son centre un peu de pus. Dès le troisième jour, on constatait une amélioration manifeste dans la motilité et la sensibilité. La paraplégie, au bout d'un mois, avait disparu, ainsi que l'exagération des réflexes. A.-F. PLICQUE.

V. — Garçon de 9 ans, paraplégique sans cause connue, avec gibbosité des 4e, 5e, 6e vertèbres dorsales; pas d'anesthésie; vessie paralysée; appareil plâtré et suspension.

Au bout de quatre mois, pas d'amélioration. On fait une incision médiane qui va de la 3e à la 7e dorsale, puis on résèque la partie postérieure de l'arc de ces vertèbres. La dure-mère présente une voussure au niveau de la 5e vertèbre. On incise à ce niveau et l'on constate une tuméfaction de la moitié droite de la moelle; en l'incisant, on obtient du pus crémeux. Suture de la dure-mère, pansement antiseptique. La plaie guérit, mais la paraplégie ne s'améliore pas.

La paraplégie est due, en définitive, à un mal de Pott. L'incision de l'abcès médullaire n'a constitué qu'une opération palliative. L. GALLIARD.

VI. — Un garçon de 19 ans est apporté à Bethanien avec un coup de couteau qui a pénétré à 2 centimètres à gauche de l'apophyse épineuse de la 2e vertèbre dorsale : plaie étroite de 2 centimètres 1/2 de diamètre, donnant issue à une forte hémorragie veineuse et dans laquelle le doigt pénètre à 5 centimètres de profondeur, de bas en haut, et de dehors en dedans jusqu'aux lames vertébrales des deux premières dorsales. Paraplégie complète pendant quatorze heures, puis apparition des phénomènes caractéristiques de l'hémisection de la moelle. On en conclut que la blessure intéressait la moitié droite de la moelle, ce qui pouvait s'expliquer par la direction du trajet. En outre, rétention d'urine et des fèces, légère paralysie motrice de la jambe gauche. L'auteur se garda de suturer la plaie pour arrêter la rétention du sang et la compression de la moelle ; désinfection minutieuse et grand pansement antiseptique; couchage sur un matelas d'eau. Mais, à partir du 8e jour, on constate l'existence d'un abondant écoulement de liquide céphalo-rachidien qui baigne le pansement et en nécessite le fréquent renouvellement. Rose fit alors prendre au blessé le décubitus abdominal de façon à ce que le pansement pût être fait sans modifier la position, et que le travail des adhérences ne fût pas détruit par les mouvements; grâce à cet expédient, l'écoulement cessa au bout de huit jours. Les signes de paralysie persistèrent pendant dix mois; peu à peu, cependant, sous l'influence des bains chauds, du massage et de l'électrisation, la guérison se fit, sauf un certain degré de raideur spasmodique du membre inférieur droit. En mai 1889, six mois après sa blessure, le malade pouvait faire le tour de la chambre sans aucun appui, et, à l'aide d'une canne, marchait pendant une heure.

L'auteur explique la paraplégie du début et la parésie persistante de

la jambe gauche par une hémorragie méningée qui aurait déterminé la compression de la moelle pendant les premières heures; il attribue la disparition rapide de cette compression à la précaution qu'il a eue de ne point fermer la voie d'écoulement du sang et de la formation d'adhérences méningiennes ou méningo-spinales. DE SANTI.

VII. — Charretier robuste, âgé de 43 ans, traité pour un anthrax de la nuque parfaitement guéri. Six jours après sa sortie de l'hôpital, en soulevant avec les bras une voiture non chargée, il fait un faux pas sans tomber et ressent immédiatement un élancement à mi-hauteur du dos. Les douleurs que Wiesmann rapporte à un « tour de reins », tout en persistant avec quelques intermittences et en gênant le sommeil, n'empêchent pas l'homme de travailler pendant les cinq jours qui suivent l'accident. Dès ce moment apparaissent une sensation d'engourdissement et de distension des jambes, de l'anesthésie des membres inférieurs remontant jusqu'à l'épigastre, de la dyspnée avec menaces de suffocation, de la paralysie des sphincters et des jambes.

État le 6e jour. Cyanose intense de la face. Respiration laborieuse et stertoreuse et fréquente, à type costale. Abdomen très ballonné; muscles abdominaux inertes. Point thoracique gauche, sans matité; nombreux râles sibilants et non ronflants disséminés dans les deux poumons. Vive injection de la peau du dos, sans rougeur ni gonflement circonscrits. Apophyses épineuses de la 7e à la 11e vertèbre thoracique un peu sensibles à la pression 39°,5. Paralysie flasque des membres inférieurs avec anesthésie absolue; excitabilité électrique des muscles paralysés normale. Suppression des réflexes cutanés et tendineux. Pas de troubles vasomoteurs, ni paresthésie, ni dysesthésie. Paralysie complète des sphincters : urine normale de composition. Le 10e jour, mort.

Autopsie. Aucune trace de pus au voisinage de la cicatrice, de l'anthrax, de la nuque. A 16 centimètres au dessous de cette cicatrice, du côté droit du rachis, au niveau de la 7e à la 9e vertèbre thoracique se trouve, entre les fibres du long dorsal et du transversaire épineux, un foyer purulent qui a perforé le 6e espace intercostal pour s'étaler entre la paroi costale et la plèvre, au côté droit du rachis. Les muscles profonds du dos sont infiltrés de sang sur 2 centimètres en dehors des limites de l'abcès et offrent à l'intérieur de leurs fibres de multiples petits foyers de pus oscillant entre une tête d'épingle et un pois. De la 4e à la 10e vertèbre dorsale, l'espace entre le périoste interne des arcs vertébraux et la dure-mère spinale est rempli aussi de pus offrant les mêmes caractères que la collection extra-vertébrale; la communication entre les deux collections se fait par le tissu intervertébral droit, situé entre la 7e et la 8e dorsale. Pas de pus à la face antérieure de la dure-mère. Pas de lésion d'aucune vertèbre. La face interne de la dure-mère est recouverte d'un léger exsudat; vive injection de la face postérieure de la pie-mère. Pas d'altérations de la moelle à l'œil nu. Distension et injection vasculaire de la dure-mère cérébrale. Œdème notable et congestion de la pie-mère de la convexité. Imbibition et hyperémie du cerveau; rien au bulbe. Pneumonie hypostatique du lobe inférieur gauche. J. B.

I. — Trépanation de la colonne vertébrale pour fractures du rachis, par JABOULAY (*Lyon méd.*, *p.* 265, 22 *juin* 1890).

II. — Spinal surgery, a report of eight (8) cases, par Robert ABBE (*N. York med. Record*, 26 *juillet* 1890).

III. — De la trépanation rachidienne, par A. CHIPAULT (*Gaz. des hôp.*, 2 *août*, 13 *août et* 13 *septembre* 1890).

I. — 1° Homme de 20 ans, fracture de la sixième dorsale par chute sur la

nuque. Paralysie classique, rétention d'urine, température 39°,5. Le 15 avril, J. enlève les arcs des cinquième, sixième et septième dorsales. Pas de compression osseuse. Incision de la dure-mère. Evacuation d'un épanchement sanguin. Mort au dix-huitième jour.

2° Femme de 38 ans, tombée d'un cinquième étage. Quatre mois après, état cachectique, suite de la fracture dorso-lombaire. Ablation de l'arc de la douzième dorsale, de la première et deuxième lombaires. Un mois après, disparition de l'œdème des membres ; mort cinq mois après.

II. — Voici le résumé de ces observations ; deux ont déjà été publiées, la cinquième et la septième. (Voy. *R. S. M.*, XXXIV, 236.)

1° Homme, 27 ans, chute de 21 pieds de haut. Fracture du rachis entre la onzième et la douzième dorsale. Paraplégie complète avec anesthésie et incontinence d'urine. Ouverture du rachis. Compression de la moelle au niveau de la fracture, rupture du cartilage intravertébral. Incision de la dure-mère, dégagement d'adhérences circulaires des méninges. Suture de la dure-mère. Réunion de la plaie par première intention. Pas de modification de la paralysie un an après.

2° Homme, 27 ans, chute de cheval. Fracture du rachis, région dorso-lombaire. Paraplégie immédiate, paralysie recto-vésicale. Deux ans et demi après l'accident, opération ; dépôt éburné osseux au niveau des onzième et douzième dorsales difficile à enlever. Le rachis ouvert, on constate que la moelle a été coupée à ce niveau, et qu'au-dessous des masses osseuses remplissent le canal. Mort trente heures après l'opération.

3° Homme, 27 ans, chute. Fracture du rachis à la onzième dorsale. Paraplégie, etc. Deux mois après l'accident, opération : moelle broyée au niveau de la fracture ; masses de tissu plastique enveloppant. Dégagement des adhérences, suture de la dure-mère. Pas de modifications six semaines après.

4° Homme, 20 ans, phtisique, abcès lombaire ; résection de la douzième vertèbre dorsale, cariée, curage. Guérison en six semaines avec une fistule.

6° Homme de 42 ans. Paraplégie par compression d'un sarcome extradure-mérien, région dorsale. Huit mois après le début des accidents, résection des arcs des huitième, neuvième, dixième dorsales ; extirpation complète de la tumeur. Mort le neuvième jour.

8° Homme de 45 ans. Pas de syphilis. En 1886, début de la névralgie brachiale par exposition au froid. Douleurs paroxysmiques résistant à l'élongation, puis à la résection du nerf cubital à l'élongation des branches du plexus brachial dans l'aisselle. Trois ans après le début de ces névralgies, 15 février 1889, opération : résection des lames des cinquième, sixième, septième cervicales et première dorsale. Incision de la dure-mère, résection d'un quart de pouce de la première racine dorsale, même résection des sixième, septième et huitième racines cervicales. Suture de la dure-mère. Guérison, mais avec quelques accès à longs intervalles. Le malade a pu cesser de se morphiniser. Plus tard, les douleurs ont reparu, mais sans la violence antérieure.

III. — Excellente revue sur cette question de chirurgie tout à fait à l'ordre du jour. Chipault étudie successivement dans son travail :

A. Trépanation pour fractures. Après un résumé historique, Chipault discute les indications, le manuel opératoire, résume la statistique des observations publiées et conclut ainsi :

1° La trépanation est inutile lorsque la moelle ayant été contuse, les fragments, déplacés au moment du traumatisme, ont repris leur place normale ;

2° La trépanation est presque sûrement utile.

a) Lorsque la moelle est comprimée entre le corps et un arc postérieur ;

b) Lorsqu'il y a compression médullaire par hématorrachis.

3° La trépanation est absolument indiquée :

a) Lors de symptômes médullaires dus à la compression de la moelle par des fragments postérieurs;

b) Lors de la compression de la queue de cheval, quelle qu'en soit la cause.

B. Trépanation pour mal de Pott. Chipault a réuni 34 cas; les résultats peu favorables obtenus tiennent à la gravité des lésions locales et de l'état général. L'indication est de dégager la moelle comprimée par les parties malades ou les exsudats pachyméningitiques.

C. Trépanation pour tumeurs. Les indications ne se posent guère que pour les tumeurs extra-médullaires, qu'elles soient intra ou extra-dure-mériennes. Chipault discute les conditions du diagnostic et de l'opportunité de l'intervention d'après la statistique d'Horsley (58 cas) et quelques observations inédites ou personnelles.

D. Dans un dernier chapitre, Chipault étudie la section intra-rachidienne des racines des nerfs pour névralgies rebelles. Il publie, en dehors du cas d'Abbe (*R. S. M.*, XXXIV, 236), deux faits communiqués par Horsley au congrès de Berlin.

1° Homme de 33 ans, spasmes et douleurs localisés sur le trajet des huitième et neuvième nerfs dorsaux droits. Exploration, division des racines postérieures de ces deux nerfs. Réunion par première intention. Guérison partielle. Envahissement d'autres racines.

2° Enfant de 15 ans, douleurs vives, troubles vaso-moteurs et atrophie sur le territoire des racines de la moitié gauche du tiers inférieur du renflement cervical. Origine congénitale. Division des septième et huitième racines postérieures gauches. Réunion par première intention. Ecoulement de liquide céphalo-rachidien pendant trois semaines. Amélioration considérable.

Chipault termine cette intéressante revue par l'analyse de tous les cas publiés dans ces dernières années. A. CARTAZ.

Schædel und Rückgratspalten (Fentes du crâne et de la colonne vertébrale Méningo-encéphalocèle et Spina bifida), par de RUYTER (*Archiv f. klin. Chir.*, *XL*, *fasc.* 1, *p.* 72).

Ce travail est basé sur 25 cas d'encéphalocèle et de spina bifida observés à la clinique de Bergmann. Sur 8 qui ont subi l'opération radicale, 5 ont succombé. Parmi les 17 restants, 12 sont morts et 4 ont été perdus de vue. Ces résultats ne sont pas très encourageants, et il faut plutôt limiter qu'étendre les indications opératoires. Des trois variétés de spina bifida qui ont été distinguées par Recklinghausen, seule la méningocèle doit être opérée. Des que la tumeur contient des éléments nerveux, il faut s'abstenir, à moins que ces derniers ne soient en très petite quantite. Ces indications sont très précises et très nettes ; ce qui est difficile, c'est de diagnostiquer les diverses variétés de spina bifida. Pour cela, il faut surtout s'appuyer sur les connaissances anatomo-pathologiques, et particulièrement sur le siège de la fente vertébrale. Pour les méningocèles crâniennes, l'auteur rappelle les indications qui ont été posées par Bergmann. D'une manière générale, il faut les opérer. Si la tumeur renferme des éléments nerveux, leur ablation n'a pas grande importance, d'autant qu'il s'agit souvent de cellules ganglionnaires atrophiques.

Dans la statistique de l'auteur, il y a cinq cas de spina bifida et deux

d'encéphalocèle compliqués de tumeurs, lipomes, fibro-lipomes, myofibro-lipomes. Deux de ces tumeurs venaient de la moelle elle-même, deux autres pénétraient dans le kyste, mais étaient indépendantes de la moelle. Ces tumeurs, en se développant, peuvent amener des paralysies par compression. PIERRE DELBET.

Ueber Ischias Scoliotica (Scoliose consécutive aux sciatiques), par Hugo SCHÜDEL (*Arch. f. klin. Chir., XXXVIII, f. 1, p. 1*).

Les premières communications sur ce sujet sont du professeur Albert, en 1886. Mais Koch avait observé déjà l'affection en 1879. Ce sont les opinions de ce dernier que Schüdel expose et soutient. Combattant les théories de Nicoladini et de Babinski, il arrive aux conclusions suivantes sur la pathogénie de cette scoliose. 1° Dans les cas de scoliose consécutive aux sciatiques, les fibres sensitives du plexus sacré qui sont destinées à l'insertion pelvienne des muscles sont malades. Par suite, la contraction de ces muscles est rendue douloureuse, ou même impossible. Les troncs nerveux qui traversent les muscles peuvent également jouer un rôle; 2° la scoliose est uniquement produite par l'importance relative de ces muscles: importance due à l'altération de fibres sensitives; 3° dans les cas types, les groupes du plexus lombaire sont pris. Toutefois une légère courbure vertébrale peut se produire même lorsque le plexus sacré est seul atteint; 4° l'extension passive agit favorablement sur les muscles malades et apaise les douleurs. C'est pourquoi la situation qui produit cette extension est prise involontairement par les malades. Dans les quatre cas de Koch, l'élongation, jointe à la faradisation, a donné les meilleurs résultats. PIERRE DELBET.

Des scolioses dans les névralgies sciatiques, par E. BRISSAUD (*Arch. de neurol., janvier* 1890).

La sciatique est une affection douloureuse qu'il est souvent difficile de limiter au tronc et aux branches de distribution du nerf sciatique. Le plus souvent, ce n'est pas seulement une névralgie du nerf sciatique proprement dit, mais une névralgie du plexus lombo-sacré, dont le nerf sciatique n'est qu'une subdivision arbitraire. La sciatique est tantôt une névralgie, tantôt une névrite, et, dans l'un et l'autre cas, elle peut s'accompagner de spasmes douloureux ou de véritables contractures. Il y a des sciatiques qui s'accompagnent d'une déviation de la colonne vertébrale, d'une scoliose, qui s'observe le plus souvent du côté opposé à la névralgie, mais quelquefois aussi du même côté (scoliose croisée et scoliose homologue). D'une façon générale, on peut dire que les sciatiques non spasmodiques entraînent une scoliose croisée, et les sciatiques spasmodiques une scoliose homologue. L'inclinaison rachidienne croisée est plus prononcée à la région dorso-lombaire; et elle est souvent associée à une courbure inverse de la région cervico-dorsale, courbure compensatrice, destinée à redresser l'épaule du côté sain, qui, sans elle, reste sur un plan inférieur à celui de l'épaule du côté malade. Une conséquence nécessaire de la scoliose est le rapprochement de l'intervalle qui sépare la crête iliaque du rebord inférieur de côtes. Ce rapprochement costo-iliaque se produit du côté sain

dans la sciatique simple. Il s'accompagne, comme dans l'attitude normale du hanchement, d'une flaccidité relative du membre malade, c'est-à-dire du membre sur lequel on ne s'appuie pas, ainsi que d'une inaction voulue ou instinctive des muscles fessiers et lombaires du côté malade. Toutefois, il peut ne pas exister, quand la contracture des muscles lombaires du côté malade vient le contrebalancer. Tandis que la scoliose croisée est produite par la contraction des muscles du côté sain, la scoliose homologue est produite par la contracture des muscles du côté malade. La contracture, dans les cas de ce genre, n'est pas limitée aux muscles innervés par le nerf sciatique; elle s'étend, dans la région latérale du tronc, aux muscles innervés par les branches du plexus lombaire. Enfin, dans le cas où le spasme musculaire est limité aux muscles du membre inférieur et ne s'étend pas aux muscles de la région lombaire, la scoliose est croisée, comme dans les sciatiques non spasmodiques. DESCOURTIS

I. — De la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin dans la fente ptérygo-maxillaire par la voie temporale, par SEGOND (*Rev. de chirurgie, n° 3, p.* 173, 1890).

II. — Emprisonnement du nerf crural droit dans une cicatrice de la racine de la cuisse, par Gérard MARCHANT (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVI p.* 84).

III. — De la luxation du nerf cubital en dedans de l'épitrochlée, par ANNEQUIN (*Arch. méd. mil., juin* 1890).

I. — Segond a pratiqué trois fois avec succès la résection du nerf maxillaire supérieur en employant, avec quelques modifications, le procédé de Lossen-Braun. Il donne une claire et complète description du manuel opératoire qu'il a établi avec une grande précision :

1° Incision des téguments. Réunir par une incision anguleuse les trois points suivants : 1° bord supérieur de l'extrémité postérieure de l'apophyse zygomatique; 2° point de jonction de la portion verticale et de la portion horizontale du rebord osseux qui limite la fosse temporale en bas et en avant et qui est successivement constitué par l'apophyse zygomatique, l'os malaire et l'apophyse orbitaire externe; 3° le point d'intersection du bord inférieur de l'os malaire et du bord antérieur du masséter. Par conséquent, la branche horizontale de cette incision longe le bord supérieur de l'arc zygomato-malaire et la branche descendante, un peu oblique en bas et en avant, traverse obliquement la face externe de l'os malaire. Il faut faire toute l'incision d'un seul trait, de façon à émousser l'angle des deux branches, ce qui donne une remarquable perfection à la cicatrice.

Après incision des téguments, division de l'aponévrose au ras de l'os et section à fond du périoste du malaire au point où doit passer le trait de scie. Cela fait, l'usage du bistouri est absolument proscrit pour les autres temps de l'opération;

2° Résection temporaire de l'arc zygomato-malaire;

3° Ecartement du muscle temporal et découverte de la fente ptérygo-maxillaire;

4° Recherche et résection du nerf. Segond insiste sur ce fait qu'il est

impossible de voir le nerf au fond de la fente ptérygo-maxillaire, voilée par du tissu graisseux, et qu'il ne faut pas chercher à le disséquer comme le conseille Chalot. Il recommande la manœuvre suivante. Prenant un crochet à strabisme dont le bec est tourné en l'air, on le porte sur la berge antérieure de la fente ptérygo-maxillaire; puis, le faisant glisser sur la voussure postérieure du sinus maxillaire, on le pousse à fond jusqu'aux limites les plus profondes de la fente osseuse. Cela fait et le crochet étant bien maintenu à son maximum de pénétration, on le fait remonter jusqu'à la partie supérieure de la fente ptérygo-maxillaire en ayant soin, vers la fin de ce mouvement ascensionnel, d'incliner le crochet un peu en avant, comme si on voulait introduire son bec dans l'orbite par la fente sphéno-maxillaire. Le crochet est enfin ramené au dehors, le nerf est sûrement chargé, et c'est alors seulement qu'on peut le voir. Si la prise du nerf paraît douteuse, il est facile de la vérifier en saisissant le nerf sous-orbitaire à son point d'émergence et en lui imprimant quelques tractions qui se transmettent au crochet qui a chargé le nerf maxillaire.

5° Résection du nerf avec le ganglion de Meckel qui se trouve forcément enlevé.

Chez certains sujets, et surtout chez des hommes, la partie supérieure de la fente ptérygo-maxillaire est masquée par la crête osseuse qui limite en avant la surface d'insertion du ptérygoïdien externe sur la face zygomato-temporale du sphénoïde. Si cette crête est trop saillante, on peut la faire sauter d'un coup de gouge. C. WALTHER.

II. — Cicatrice irrégulière, sineuse, suite d'une blessure par coup de corne de taureau, adhérent profondément, située à la racine de la cuisse, parallèlement à l'arcade de Fallope. Troubles moteurs très accusés ; paralysie complète du triceps ; anesthésie dans tout le territoire du crural, sauf au niveau du saphène interne. Œdème dur des couches sous-cutanées à la cuisse. Atrophie très marquée de la partie inférieure de la cuisse et de la jambe.

Opération le 6 septembre 1889. Incision de 10 centimètres parallèle à l'artère crurale, à 1 centimètre en dehors d'elle, commençant au-dessus de la cicatrice, au niveau de l arcade de Fallope. Une branche nerveuse conduit sur le nerf crural qui est emprisonné dans une cicatrice ; libéré du tissu cicatriciel qui l'engainait, le nerf apparaît légèrement déprimé, avec une encoche au niveau de la zone cicatricielle. La dissection est un peu prolongée en haut et en bas pour avoir la certitude qu'il n'existe pas de section nerveuse. Réunion sans drainage.

Le 13e jour, le malade se lève et trouve ses mouvements plus faciles. Le 20e jour, il peut étendre la jambe, mais la sensibilité est encore obtuse dans a région primitivement anesthésiée.

Le 5 février 1890, cinq mois après l'opération, les troubles moteurs ont complètement disparu ; contractilité normale. Le malade fait 10 kilomètres sans fatigue. La sensibilité est revenue, sauf à la partie antéro-inférieure de a cuisse où persiste une plaque d'anesthésie de 14 centimètres de hauteur sur 6 de large. C. WALTHER.

III. — Un soldat fait, au gymnase, une chute dans laquelle la partie antéro-interne du coude et de l'avant-bras gauche a touché le sol la première. Douleur immédiate dans les deux derniers doigts, suivie de fourmillements et anesthésie presque complète.

Le dixième jour on constate une paralysie incomplète de la sensibilité et de la motilité, limitée au domaine du nerf cubital. Sur le côté interne du

coude était un cordon cutané dur, peu tendu, dont la pression déterminait de la douleur dans les deux derniers doigts.

On ramène ce cordon qui est le nerf cubital dans sa gouttière et on immobilise le bras. Au bout de vingt jours, la sensibilité et la motilité de la main étaient presque normales ; mais à la première tentative de flexion le nerf se luxa de nouveau.

On intervint alors en fermant la gouttière olécrano-épitrochléenne par un plan fibreux formé aux dépens des tissus des deux parois de cette gouttière. Au bout d'un mois la guérison paraissait définitive. MAUBRAC.

Ueber Nervennaht (De la suture nerveuse), par E. ETZOLD (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXIX, p.* 430).

La suture des nerfs n'avait jusqu'à ce jour été pratiquée dans le creux de l'aisselle qu'une seule fois par Baudens en 1836 ; Etzold en rapporte six nouvelles observations, dont 3 appartiennent à von Wahl, 1 à Koch, 1 à Voss et 1 à Arronet. Ces six faits concernent tous des blessures par coup de sabre, reçues en duel, chez des jeunes gens de 19 à 29 ans ; elles se compliquaient toujours de blessure des gros troncs vasculaires, et la plupart portaient sur plusieurs nerfs à la fois, de telle sorte que la suture nerveuse a toujours été précédée de la ligature et de la résection des vaisseaux. Sauf dans un cas, où la suture a été directe, c'est presque toujours à la suture para-nerveuse, à la soie sublimée, qu'on a donné la préférence. Trois des opérés ont guéri sans aucun accident, 3 ont eu des complications sans gravité. Le retour des fonctions du nerf blessé s'est fait au bout d'un temps qui variait de 6 mois à 6 ans ; mais d'une façon générale le résultat a été médiocre. La plupart des opérés ont conservé, en effet, sinon un membre impotent, du moins une gêne des mouvements de la main qui permet de les considérer comme définitivement infirmes ; il est vrai que le traitement consécutif, bains, massage, électrisation, n'a été suivi que d'une façon imparfaite par certains malades.

Dans deux cas seulement le résultat a été satisfaisant. Dans l'un (Observ. III, de Voss), le nerf médian avait été seul atteint avec la veine et l'artère axillaires et les deux bouts du nerf divisé étaient encore réunis par une languette de tissu conjonctif qu'on respecta ; 9 mois après la blessure, l'opéré pouvait se servir de sa main droite à peu près aussi bien que de la gauche. Dans l'autre (Observ. V, de v. Wahl), tous les nerfs du plexus brachial avaient été coupés et suturés ; au bout de 4 mois, il n'y avait aucune amélioration ; au bout de 6 mois, le triceps brachial commença à récupérer sa fonction ; au bout de 9 mois, le blessé pouvait étendre entièrement son bras et commençait à étendre ses doigts.

DE SANTI.

Die Arteriennaht (Suture des artères), par Alexander JESSINEWSKI (*Thèse de Dorpat*, 1889).

Jusqu'à présent on n'avait jamais pu obtenir après une suture artérielle la conservation de la lumière du vaisseau, et le plus souvent il était survenu des hémorragies secondaires. Jessinewski a fait ses expériences sur des artères assez volumineuses, 21 carotides, 5 artères abdominales. (Chiens, chevaux et veaux). Voici sa technique : l'artère est mise à nu et soulevée sur une spatule. Au moyen d'une pince spéciale, le courant sanguin est suspendu dans une certaine partie du vais-

seau. La gaine artérielle est disséquée, et on fait à l'artère une petite incision (2 centimètres au maximum dans le sens longitudinal, la moitié de la circonférence dans le sens transversal). La suture est faite avec de la soie et de très fines aiguilles. On prend seulement la tunique adventice et la tunique moyenne, sans toucher à la tunique interne. Les points sont placés à 1 millimètre les uns des autres. Avant de laisser la circulation se rétablir complètement, il faut la maintenir ralentie pendant quelques instants, afin que les orifices qui existent entre ces points de suture se bouchent par des caillots. Il suffit pour cela d'une à trois minutes. On suture ensuite la gaine vasculaire, puis la plaie. Le processus de la guérison a été étudié à divers intervalles, compris entre 1 heure et 105 jours. Dans tous les cas le vaisseau est resté perméable. La cicatrisation se fait en partie aux dépens de l'épithélium, en partie aux dépens des cellules du thrombus. Il se produit un épaisissement calleux de la tunique adventice et jamais d'anévrisme. PIERRE DELBET.

I. — Popliteal aneurism, digital compression for 184 hours; cure, par RIVINGTON (*Lancet, vol.* 1, *p.* 963, 1890).

II. — Anévrisme poplité guéri par la compression. Paralysie des extenseurs, par EHRMANN (*Bull. de la Soc. de chir., t. XV, p.* 650).

III. — Ueber einen Fall von Thrombose der Arteria poplitea sinistra, par E. LEYDEN (*Berlin. klin. Woch., n°* 14, *p.* 313, 7 *avril. et n°* 21, *p.* 481, 26 *mai* 1890).

I. — L'état athéromateux de l'aorte et de toutes les artères fit préférer par Rivington la compression digitale à la ligature de la fémorale dans cette observation d'anévrisme poplité. Anatomiquement, Rivington croit qu'il s'agissait d'un anévrisme sacciforme; la communication avec l'artère devait se faire largement, car les battements étaient très énergiques. Les 184 heures de compression furent réparties de la façon suivante : 9 décembre 27 heures, 13 décembre 27 heures, 18 décembre 10 heures, en substituant le tourniquet à la compression digitale; 30 janvier 48 heures, 3 février 21 heures, 5 février 12 heures et enfin 6 février 36 heures. La compression digitale fut employée dans ces quatre dernières séances. La guérison s'est bien maintenue. A. F. PLICQUE.

II. — Homme de 41 ans, vigoureux. Le 25 novembre 1886, vive extension de la jambe dans un effort violent, forte douleur; quinze jours plus tard, à la suite d'un nouvel effort, apparition de la tumeur. Le malade entre le 2 janvier 1887 à l'hôpital de Mulhouse avec un anévrisme poplité présentant tous les signes classiques de l'anévrisme artériel.

Premières tentatives de traitement par le procédé de Reid : à partir du 4 janvier, la bande d'Esmarch fut appliquée trois fois dans une même semaine pendant trois quarts d'heure avec une heure de compression digitale. Résultat : douleur dans tout le membre; aucune modification de l'expansion ni du souffle.

Le 12 janvier, compression indirecte par le compresseur à boule élastique, creuse, montée sur la bouteille remplie de grains de plomb (de Trélat). Après six séances à intervalles variables, la dernière le 14 février, guérison de l'anévrisme. Après la dernière séance on s'aperçoit de la paralysie des muscles extenseurs et des fléchisseurs du pied avec abolition de la sensibilité dans le pied et la moitié inférieure de la jambe.

La sensibilité ne reparut qu'au bout d'un an, d'abord à la plante, puis sur le dos du pied. Les muscles fléchisseurs ont recouvré leur contractilité en

même temps. Les extenseurs sont encore paralysés après 2 ans et neuf mois. Il ne reste plus de traces de l'anévrisme. Atrophie de la jambe. C. WALTHER.

III. — Femme de 43 ans, tailleuse, atteinte de périty phlite suppurée, incisée le 15e jour. Trois jours plus tard, douleurs dans le membre inférieur gauche qui vont en croissant les jours suivants, empêchant tout sommeil, malgré les narcotiques. Le 22e jour toute la jambe est d'un bleu noirâtre et froide au toucher, ainsi que les orteils. Les veines cutanées forment des cordons noueux. La jambe est très douloureuse au toucher, tandis que le pied et les orteils sont anesthésiés. Dans le jarret, on sent un gros cordon dur formé par l'artère poplitée qui ne présente aucun battement. État général mauvais ; pouls à 108, petit. Le 24e jour œdème de la jambe et du pied, qui le 28e remonte un peu sur la cuisse ; trois taches noirâtres grosses comme des pois, l'une à la face antérieure de la jambe, les deux autres sur le dos du pied. Délire. Le 45e jour, début de gangrène du 2e orteil au niveau de la phalange unguéale.

Quatre mois et demi après, la malade est guérie, n'ayant perdu qu'une phalange du 2e orteil. Nulle part sur le trajet des artères tibiale antérieure et tarsienne on ne sent de pulsations ; la poplitée forme toujours un cordon dur.

Dans la discussion, Henoch signale un cas de thrombose des deux artères iliaques chez un garçon de 8 ans, atteint de diphtérie grave, et Rosenthal mentionne dans les mêmes circonstances, chez une fillette de 2 ans, une thrombose de l'artère iliaque primitive vérifiée à l'autopsie. J. B.

Des nœvi pigmentaires (taches de naissance, signes, envies). Anatomie descriptive et microscopique, diagnostic, pathogénie et traitement, par HUGUES (*Thèse de Paris*, *n*° 244, *Paris*, 1890).

Hugues montre par une série d'examens histologiques que les nœvi punctiformes plats ont la même constitution que les taches pigmentaires et les grands placards de mélanodermie (nigritie des auteurs).

Les nœvi pigmentaires hypertrophiques ou papuleux sont de même nature que les nœvi pigmentaires plats; ils n'en diffèrent que par l'absence du pigment, qui peut ne pas exister, si le nœvus est peu ou pas coloré.

Tous les nœvi, en général, circonscrits ou diffus, possèdent dans la couche dermique des éléments cellulaires qui sont d'une constance absolue et qui peuvent fort bien expliquer la transformation en néoplasmes sous certaines influences.

Les granulations pigmentaires ont leur siège anatomique dans la couche profonde de l'épiderme et dans la couche superficielle du derme, cette dernière contenant des cellules embryonnaires.

Les taches pigmentaires congénitales de la peau sont probablement dues à des maladies fœtales. Si l'imagination intervient parfois dans la production de ces difformités, ce qui est très douteux, ce ne peut être qu'en causant temporairement un trouble de nutrition de la mère et par suite du fœtus. C. WALTHER.

Ueber Lymphangiome, par D. NASSE (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVIII*, *p.* 614).

Nasse rapporte 18 cas de lymphangiomes (cou, thorax, aisselle, langue, joue, cuisse). Après une analyse microscopique très soignée et une intéressante discussion sur l'origine de ces lymphangiomes, il arrive aux

conclusions suivantes: La plupart des lymphangiomes vrais sont dus à un vice de développement embryonnaire. La nature de cette anomalie de développement ne peut être que rarement démontrée. Les causes sont indemnes. Dans les lymphangiomes kystiques, il n'y a peut être qu'une formation défectueuse et un isolement de territoires lymphatiques qui sont suivis d'ectasie et d'hyperplasie des parois. Il ne semble pas qu'une simple hyperplasie des vaisseaux lymphatiques préexistants puisse expliquer la formation des autres variétés de lymphangiomes. La néoformation de vaisseaux est probable dans beaucoup de cas, certaine dans quelques-uns. Dans ce cas, la stagnation de la lymphe a peut-être une certaine importance. Les causes de cette stagnation doivent être cherchées non pas dans un obstacle à la circulation centrale, mais bien dans des modifications locales, et même dans la paroi des lymphatiques eux-mêmes. La nature de ces modifications est aussi inconnue que pour les varices ou les angiomes.

Pour ce qui est du traitement, Nasse pense que les jugements sévères qu'on a portés autrefois sur l'extirpation ne sont pas justifiés. On peut employer les injections ou la galvanocaustie lorsqu'on veut éviter des cicatrices étendues, au visage par exemple, ou bien lorsqu'il y a une ectasie diffuse. Mais, dans la plupart des cas, c'est à l'extirpation qu'il faut recourir. Dans la statistique de Nasse, elle a été pratiquée neuf fois chez des enfants. Une seule a succombé aux suites de l'opération qui était restée incomplète. PIERRE DELBET.

Weitere Erfahrungen ueber die Resektion des Kropfes nach Mikulicz (Renseignements complémentaires sur la résection du goitre d'après la méthode de Mikulicz), par Rudolf TRZEBICKY (*Arch. f. klin. Chir., XXXVII, fasc.* 3, *p.* 498).

On a fait à la clinique de Mikulicz 23 résections du corps thyroïde d'après sa méthode. Sur ces 23 cas, l'opération a été faite 14 fois des deux côtés (simultanément dans 9 cas, successivement dans 5) et 9 fois d'un seul côté. Un malade est mort d'hémorragie secondaire par la thyroïdienne supérieure. En tout, on a fait à la clinique de Krakau 42 thyroïdectomies avec ce seul cas de mort. Ce qui donne une mortalité de 2,50 0/0.

En retranchant ce cas de mort, il reste 22 faits qui ont évolué de la manière suivante : 1 cas avec trachéotomie, pas de suture ; réunion secondaire — 21 cas réunis avec drainage. La réunion par première intention a échoué une fois, mais a réussi dans les 20 autres cas. Les ligatures du pédicule n'empêchent donc pas d'obtenir la réunion par première intention.

Au point de vue des cordes vocales, les résultats se classent de la manière suivante. Dans 13 cas, les cordes vocales, intactes avant l'opération, le sont restées après. Dans 9 cas, elles étaient paralysées ; 4 ont guéri ; 4 sont restées stationnaires. Dans aucun cas, l'opération n'a produit de paralysie, ce qui prouve bien qu'avec le procédé de Mikulicz le récurrent n'est pas exposé.

Les résultats éloignés ont été aussi très satisfaisants. Les 19 malades qui ont pu être suivis sont très satisfaits de leur état. 8 sont opérés depuis 2 à 2 ans 3/4 — 5 depuis 1 à 2 ans — 6 depuis 6 mois à 1 an. Il n'y

a pas là de récidives. Dans tous les cas compliqués de maladie de Basedow, les symptomes ont rétrocédé. Il n'y a pas eu un seul cas de cachexie ni de tétanie, tandis qu'avant de faire la résection Mikulicz avait eu, sur 7 malades opérés par l'extirpation, 4 cas de cachexie ou tétano-épilepsie.

PIERRE DELBET.

I. — Verletzung der Gallenwege; Gallenerguss in die Bauchhöhle. Heilung (Blessure des voies biliaires; épanchement de bile dans le péritoine. Guérison), par A. LANDERER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXIX, p.* 611).

II.— Zur Chirurgie der Gallenblase (vésicule biliaire), par KUEMMELL (*Deutsche med. Woch., n°* 12, *p.* 237, 1890).

III. — Cholecystotomy and crushing of impacted gallstones..., par MARRIOTT (*Brit. med. j., p.* 135, *janvier* 1890).

IV. — Cholecystotomy, par Mayo ROBSON (*Brit. med. journ., p.* 982, *novembre* 1889).

V. — Zur Cholecystenterostomie, par A. BLATTMANN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 6, *p.* 169, 15 *mars* 1890).

I.—Garçon de 16 ans qui se fait, dans une chute de voiture, une fracture de la clavicule, plusieurs plaies à la tête et des contusions à l'abdomen. Aussitôt après l'accident, il se relève, fait vingt pas et retombe. Pansé immédiatement, ses blessures se réunissent par première intention, mais son état général devient de plus en plus inquiétant. Il accuse, en effet, des douleurs incessantes dans la région épigastrique où apparaît bientôt une large échymose et, le dixième jour, on constate chez lui les signes d'une pneunomie hypostatique. Néanmoins le blessé est rebelle à tout traitement; il se lève, commet des écarts de régime; si bien qu'au fur et à mesure que diminuaient ses accidents thoraciques, des phénomènes abdominaux apparaissent. Quand l'auteur vit le malade pour la première fois, au dix-neuvième jour de l'accident, il était très maigre, fiévreux (pouls 140) et avait perdu tout appétit. Grande sensibilité à la pression au niveau de la vésicule biliaire; pas d'ictère, mais selles décolorées; abdomen distendu, renfermant un épanchement liquide qui ne laisse libre que l'hypocondre gauche. Le blessé refuse toute opération. Cependant première ponction de l'abdomen, quatre semaines après l'accident; elle donne issue à 8 litres de liquide bilieux, très pauvre en albumine, mais riche de mucus, d'où Landerer conclut à la probabilité d'une lésion des conduits biliaires avec intégrité du foie en raison de l'absence de sang. Traitement, pilules de fiel de bœuf. Retour de l'appétit et diminution de la fréquence du pouls. Néanmoins l'épanchement se reproduit, ce qui nécessite quatre nouvelles ponctions en l'espace de vingt-neuf jours, avec respectivement 8, 6, 5 et 8 litres de liquide. Ce liquide, dans les deux dernières ponctions est mélangé d'une grande quantité de mucus très filant; à la suite de la cinquième ponction, le liquide cesse de se reproduire; enfin, au bout de six semaines, le malade est complètement guéri.

L'auteur fait remarquer la rareté des cas de ce genre et envisage la conduite qu'il y aurait à tenir en semblable occasion : ce serait, après la laparotomie exploratrice et, suivant le cas, la suture d'une déchirure de la clavicule, la ligature du canal cystique ou la cholécystentérostomie. Les ponctions ont retiré du péritoine 27 litres de liquide en vingt-neuf jours, soit presque 1 litre par jour; c'est approximativement la quantité à laquelle les physiologistes évaluent la production de bile de 24 heures.

DE SANTI.

II. — Femme de 50 ans, se plaignant d'un accroissement progressif de volume du ventre. On constate, à droite, une tumeur grosse comme une tête d'adulte, sans connexion apparente avec le foie. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et le jour de l'opération est fixé. Deux jours après l'examen, péritonite suraiguë, mort. A l'autopsie, grande quantité de pus avec un grand nombre de calculs biliaires dans le péritoine. Développement colossal de la vésicule qui s'est rompue; elle descend dans le petit bassin et adhère à l'ovaire droit : cette circonstance justifie l'erreur de diagnostic.

L'auteur a pratiqué deux fois la cholécystotomie. Dans le premier cas, il l'a faite en deux temps, à quatre jours d'intervalle, pour un empyème de la vésicule qui contenait plus de vingt calculs; guérison complète. Dans la seconde, ouverture primitive de la vésicule qui communique déjà avec le côlon; il y a, dans le canal cystique, un calcul gros comme un œuf de pigeon, que l'auteur ne peut extirper; mort au bout de quelques semaines.

L'auteur a fait, avec succès, la cholécystectomie chez une femme de 26 ans, atteinte d'empyème de la vésicule. Il a échoué chez une autre malade.

L. GALLIARD.

III. — Femme de 42 ans, portant une tumeur sus ombilicale reconnue pour être une hydropisie de la vésicule biliaire, bien qu'il n'y eut jamais eu de jaunisse ni de garde-robes argileuses. Incision sur le point culminant de la tumeur le 27 août : ponction de la vésicule et évacuation de son contenu muqueux, puis incision : on enlève facilement un gros calcul mobile, mais on en trouve un enclavé dans le canal cystique, que l'on cherche vainement à retirer. Trois jours plus tard, agrandissement de l'incision primitive de façon à découvrir le canal cystique. On essaye en vain de faire glisser le calcul enchatonné; on se décide à le broyer directement à l'aide d'une pince à mors garnis de caoutchouc. Guérison. H. R.

IV. — Mémoire relatif à 14 cas de cholécystotomie pratiquée 11 fois pour des calculs biliaires : une fois pour une suppuration de la vésicule, deux fois pour une hydropisie de la tête du pancréas; dans l'autre, pour un cancer des canaux biliaires. Tous les cas de lithiase guérirent. La malade, atteinte de suppuration vésiculaire et qui se mourait de péritonite, fut guérie après l'opération, mais garda une fistule biliaire qu'on dut corriger dans la suite par une cholécystentérostomie. Le cancer du pancréas succomba huit jours après l'opération des suites d'une hémorragie en nappe incessante : le cancer des canaux biliaires ne se compliqua pas d'hémorragie et dura longtemps.

L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic, aucun des cas de lithiase simulant une tumeur maligne par suite de la péritonite adhésive concomitante; d'autres fois la vésicule biliaire étant fort petite et non appréciable à la palpation. Il se prononce pourtant en faveur de l'intervention précoce. H. R.

V. — Femme de 62 ans; depuis six mois, après une série de frissons, ictère de plus en plus intense, prurit, selles diarrhéiques et incolores, urines bilieuses : soif intense, apyrexie, émaciation considérable malgré un appétit normal; foie volumineux, mais indolore; tumeur, formée par la vesicule biliaire. Diagnostic : occlusion du canal cholédoque de nature inconnue. Opération le 24 avril 1888. Au niveau de l'embouchure du cholédoque dans le duodénum on sent, par le palper, une tumeur grosse comme une noix, dure, bosselée immobile. Le canal cystique, au point où il débouche dans la vésicule, contient un calcul gros comme un œuf de pigeon qu'on pousse dans la vésicule, d'où on l'extrait par une incision. La tumeur formée par la vésicule biliaire était constituée par un liquide de couleur aqueuse; cholécystentérostomie au cours de laquelle on sectionne après ligature une bride épiploïque de l'épais-

seur de trois doigts, adhérant à la paroi abdominale. La vésicule biliaire et l'intestin incisés furent unis l'un à l'autre par trois plans de sutures : une suture circulaire continue pour la muqueuse ; une suture continue de Czerny pour la musculeuse et la séreuse, toutes deux faites avec du catgut ; enfin, une suture circulaire continue de Lembert, pour la séreuse, à la soie. Le moignon d'épiploon fut fixé dans la plaie péritonéale, La cavité abdominale fut refermée par trois étages de sutures.

Le 1er mai, en renouvelant le pansement, on voit toute la plaie abdominale soulevée par un vaste hématome sous-cutané qui, le long du moignon épiploïque, se prolonge dans la cavité péritonéale au-dessus du foie et du grand épiploon. Après avoir enlevé les caillots, on referme la plaie, sauf à l'angle inférieur qu'on draine avec la gaze iodoformée.

Mort dix jours après l'opération.

Autopsie. Pas trace de suppuration sous les sutures pariétales ; la suture cholécystentérique est intacte. Le grand épiploon présente des adhérences multiples, à la paroi abdominale, au foie, au cœur, et contient au-dessus du moignon épiploïque un caillot gros comme un œuf d'oie, outre plusieurs caillots plus petits. Presque toutes les anses intestinales sont teintées de sang, sans qu'il y en ait d'épanché dans le petit bassin. Pas trace de péritonite récente ; mais de nombreuses et vieilles adhérences entre l'intestin et le grand épiploon. L'anse intestinale abouchée avec la vésicule biliaire est à 3 centimètres au-dessus du pylore. Canal cholédoque très dilaté et ne contenant qu'un peu de bile. Son embouchure intestinale est obstruée par un carcinome duodénal, gros comme une noix, qui ne laisse passer dans le cholédoque qu'un stylet très fin. Pas d'autres cancers ailleurs ; foie hypertrophié, pâle ; les canalicules biliaires sont très dilatés et les acini atrophiés. Rien dans les autres viscères. (*R. S. M.*, XXXI, 236 ; XXXII, 231 ; XXXIII, 635 ; XXXIV, 256 et 294 ; XXXV, 609.) J. B.

Abcès du foie. Hépatotomie avec suture du foie à la paroi abdominale. Guérison, par DEFONTAINE (*Revue de chirurgie, n° 7, p.* 599, 1890).

Dans un cas d'abcès du foie développé chez une femme convalescente de fièvre typhoïde et de fausse couche, Defontaine, pour éviter la blessure d'organes voisins, la pénétration de pus dans le péritoine, préféra pratiquer la laparotomie méthodique.

Le foie étant découvert, ponction et évacuation complète de l'abcès, suture de la paroi hépatique à la paroi abdominale, puis incision large de la poche, injection de sublimé et drainage.

Defontaine fait remarquer que la suture du foie est facile et efficace, à condition de faire usage d'un fil souple et fin tel que la soie, de ne pénétrer que très peu (1 à 2 millimètres) dans le tissu du foie, de façon à ne comprendre dans l'anse des fils que la capsule de Glisson et le moins possible de tissu hépatique friable ; de serrer les points de suture juste assez pour adosser les surfaces séreuses et pas assez pour couper le tissu hépatique ; de bien disposer les points de suture et de les multiplier, ce qui a pour avantage de mieux fermer le péritoine, tout en diminuant les efforts supportés par chacun d'eux. C. WALTHER.

I. — **Nouveau procédé de gastrostomie, par Eugen HAHN** (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 14, p.* 327, 7 *avril* 1890).

II. — **Quelques réflexions à propos d'un cas de gastrostomie pratiquée pour parer aux accidents d'un cancer de l'œsophage, par TERRIER et DELAGENIÈRE** (*Revue de chirurgie, n° 3, p.* 198, 1890).

III. — Gastrostomie, par HACKER (*Soc. des méd. de Vienne*, 25 *avril* 1890).

IV. — Beiträge zur Casuistik der Gastrostomie, par G. ZESAS (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVIII*, *p.* 222).

V. — Ein Einfaches Mittel... (Moyen simple pour vérifier si les sutures stomacales ou duodéno-stomacales sont hermétiques), par SCHMIDT (*Cent. f. Chir.*, *n°* 14, *p.* 249, 1890).

VI. — Extraction d'une brosse à dents logée dans l'estomac depuis 15 ans, par HASHIMOTO (*Archiv f. klin. Chir.*, *XXXVIII*, *p.* 169).

VII. — Eine Magenfistel (fistule gastrique), par GRAWITZ (*Soc. méd. de Greifswald*, 10 *janvier* 1890).

I. — Jusqu'ici Hahn a pratiqué 17 gastrostomies. Les 7 premières ont été faites d'après le procédé de Fenger. Les résultats en furent si défavorables qu'Hahn renonça durant quelques années à cette opération et y substitua la jéjunostomie qu'il a exécutée deux fois.

Mais depuis 1887, il a pratiqué 8 gastrostomies par un nouveau procédé qui lui a donné de bien meilleurs résultats. 3 de ses opérés sont partis sans avoir besoin d'obturateur, au bout de 15, 55 ou 156 jours. Les 5 autres ont succombé, mais non pas à une péritonite consécutive au détachement de l'estomac suturé, comme c'était fréquemment le cas dans la série précédente.

Voici comment Hahn opère : Incision parallèle à l'arc costal gauche, à la hauteur des 7e et 8e cartilages costaux. Après ouverture du péritoine, l'estomac, saisi entre le pouce et l'index, est attiré dans le 8e espace intercostal gauche qu'Hahn ouvre alors. Puis, avec une pince, il tire l'estomac par cette ouverture et le suture à l'extrémité sternale de cet espace intercostal, avant de l'inciser. Il referme enfin la première incision. Il résulte de ses nombreuses expériences sur le cadavre qu'il n'y a pas à craindre de léser le diaphragme, pourvu qu'on se tienne à l'extrémité sternale du 8e espace intercostal.

Les avantages de ce nouveau procédé opératoire sont d'assurer une meilleure fixation de l'estomac et de s'opposer à un agrandissement secondaire de la fistule, parce que les cartilages costaux agissent comme une pince à pression continue.

Dans la discussion, Sonnenberg déclare que pour lui la supériorité du procédé d'Hahn tient à ce qu'on est sûr ainsi d'ouvrir l'estomac au voisinage immédiat du cardia ; ce qui facilite beaucoup l'alimentation des opérés ; mais il n'est pas toujours possible d'amener l'estomac dans l'espace intercostal. J. B.

II. — La méthode employée par Terrier pour la gastrostomie complète celle de Verneuil et celle de Howse : Incision de 6 à 7 centimètres parallèle au rebord costal de l'hypocondre gauche, à 2 centimètres de ce rebord costal, arrivant en dedans jusqu'à 5 centimètres de la ligne médiane, répondant au dehors à la 9e côte. Incision des différentes couches de la paroi et du péritoine dont les lèvres de section sont maintenues par des pinces. Recherche de l'estomac qui est tiré au dehors de façon qu'on puisse explorer sa face antérieure et ses deux courbures.

La grande courbure est alors confiée à un aide qui la maintient au de-

hors. Six points de suture sont passés pour unir la séreuse stomacale à la séreuse pariétale. Deux points extrêmes perpendiculaires à l'incision, quatre points moyens parallèles aux bords suivant lesquels ils sont placés.

Ponction au bistouri, puis ouverture de l'estomac dans le sens de l'incision cutanée, puis sutures comprenant les lèvres de la paroi abdominale et toutes les tuniques de l'estomac de façon que la muqueuse se continue directement avec la peau.

Après avoir discuté les diverses opinions sur le moment d'ouvrir l'estomac, Terrier recommande l'ouverture immédiate qui permet d'alimenter sans retard le malade et surtout de bien fixer l'estomac et de tapisser de muqueuse le futur trajet fistuleux. De plus, cette fixation immédiate écarte absolument toute crainte de péritonite par passage dans le péritoine du contenu stomacal.

L'usage continu des alcalins après l'opération peut amener des troubles digestifs. Aussi vaut-il mieux appliquer simplement autour du tube des sachets de carbonate de magnésie, comme l'a fait Terrier avec grand avantage. C. WALTHER.

III. — Hacker a opéré avec succès, pour un cancer infranchissable du cardia, un homme de 55 ans. Il a fait usage de son procédé personnel, lequel consiste à utiliser le grand droit de l'abdomen du côté gauche pour oblitérer la fistule gastrique.

Incision à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane. Suture d'un repli cutané dans la plaie; on n'ouvre l'estomac qu'au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Le drain est laissé huit jours, puis on place l'appareil oblitérateur. Les ballons de celui-ci doivent se dilater sans que le tube intermédiaire se distende dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Cette méthode permet de fermer si complètement la fistule que le contenu de l'estomac ne coule pas au dehors; elle évite l'irritation de la peau et la distension secondaire de la fistule.

Il faut obtenir, pour que le résultat soit complet, la réunion par première intention. L. GALLIARD.

IV. — Zesas rapporte 5 cas de gastrostomie pratiqués à Berne par Niehans.

Le premier malade a été notablement amélioré par l'opération, mais il est mort d'hémorragie moins d'un mois après.

Le second malade, qui avait une pneumonie au moment de l'opération, a succombé très rapidement.

Dans le troisième cas, l'opération ne fut entreprise que pour empêcher le malade de mourir de faim. Il a survécu trois mois.

Chez le quatrième malade, Niehans sectionna l'estomac au-dessus du pylore, et sutura le dernier à la plaie abdominale, dans le but d'injecter les liquides alimentaires au travers du sphincter dans le duodénum. L'estomac fut suturé séparément à la paroi. Le malade a survécu du 14 août au 26 septembre. Il est mort de pneumonie.

La cinquième malade avait un diverticule œsophagien. Une première opération ayant échoué parce que le malade indocile mangeait en cachette, on résolut, pour permettre à la suture œsophagienne de prendre, de faire une bouche stomacale. On pratiqua l'opération en deux temps. Le malade mourut de collapsus quelques heures après la première opération avant que l'estomac fût ouvert. PIERRE DELBET.

V. — Meinhard Schmidt ayant perdu une malade deux jours après une résection du pylore put constater à l'autopsie qu'en un point la suture laissait passer des gaz. Pour éviter à l'avenir cet acident, il propose, la suture terminée, de gonfler l'estomac avec de l'air au moyen d'une sonde œsophagienne munie d'un ballon et d'un robinet. On verrait alors en pressant sur l'estomac rempli d'air si la suture le laisse ou non s'échapper. PIERRE DELBET.

VI. — K. S..., 49 ans, avala une brosse à dents japonaise en mai 1872. Après quelques jours de souffrance, sa santé se rétablit. En mars 1873, des douleurs surviennent dans la région de l'estomac. Il se forme un abcès qui s'ouvre spontanément. Par l'orifice, se montre l'extrémité pointue de la brosse. Le médecin qui ne peut l'extirper, la résèque, La plaie guérit. Les douleurs persistent. Le 10 octobre 1886, du pus se fait jour par l'ombilic et autour de lui. On sent un corps dur par la palpation. Opération le 19 novembre. Incision de 6 centimètres sur la fistule. On reconnaît le corps étranger dont le grand axe est antéro-postérieur. On fait sur la ligne blanche une seconde incision perpendiculaire à la première. L'extraction du corps étranger nécessite l'emploi d'une certaine force. L'estomac ayant été découvert par l'incision agrandie, les tissus cicatriciels épaissis sont grattés à la curette tranchante. Suture en étage. Il se forme une petite fistule gastrique, qui guérit complètement à la cinquième semaine.

Hashimoto a fait une première opération du même genre le 13 septembre 1879. Dans ce cas, la brosse à dents n'avait été avalée que 7 jours avant. Il fallut ouvrir le péritoine. Le corps étranger avait perforé la paroi antérieure de l'estomac. Après l'extraction, il fallut réséquer les bords de la perforation stomacale qui étaient gangreneux. Suture de Lembert. Le malade succomba trois jours après. PIERRE DELBET.

VII. — A l'autopsie d'un homme de 64 ans, l'auteur trouve une fistule gastrique qui, d'après les renseignements, est très ancienne et résulte de l'ingestion d'une dose d'acide sulfurique concentré.

A 1 centimètre au-dessous de l'appendice xyphoïde, à gauche de la ligne médiane, on voit un trou de 2 centimètres et demie de diamètre qui donne accès à un canal long de 4 centimètres. Le sujet avait le soin de boucher cet orifice au moyen d'une tige de bois entourée d'un linge et fixée à une plaque en cuir pour éviter de la perdre dans l'estomac

On pénètre par la fistule dans la portion pylorique de l'organe, laquelle est seule adhérente à la paroi. La surface interne de l'estomac est fortement plissée, la muqueuse est grisâtre et offre des ecchymoses. On trouve une cicatrice arrondie dans la région du cardia. L. GALLIARD.

I. — **Remarks on pylorectomy, par William STOKES** (*Brid. med. j., p.* 997, 3 *mai* 1890).

II. — **Pylorusresection wegen Carcinom, par LAUENSTEIN** (*Deutche med. Woch., n°* 2, *p.* 24, 1890).

III. — **Gastro-enterostomy and pylorectomy, par H. TUHOLSKE** (*Med. News p.* 503, 10 *mai* 1890).

IV. — **Case of gastro-enterostomy with the aid of decalicified bone plates, par William CLARKE** (*Brid.med. j., p.* 1089, *novembre* 1889).

V. — **A case of gastro-enterostomy, par Herbert W. PAGE** (*Medico-chirurg. Transactions. LXXVII, p.* 373, 1889).

VI. — **Results obtained from an experimental... (Recherches experimentales sur**

le traitement opératoire de Senn), par Frederik JESSETT (*Brit. med. j.*, *p.* 169, *juillet* 1889).

I. — Relation d'une opération de pylorectomie chez une femme de 34 ans atteinte de cancer du pylore et de dilatation gastrique : la mort survint onze heures après l'opération. A propos de ce cas, Stokes fait remarquer que la mortalité énorme de la pylorectomie tient à ce que les malades sont depuis longtemps émaciés et inanitiés quand on se décide à les opérer, et que les procédés de suture de l'estomac mis actuellement en usage allongent considérablement la durée de l'opération, au grand détriment des malades. Il exprime le vœu que les interventions de ce genre soient faites d'une façon plus précoce et avec plus de simplicité. Il recommande, avant d'opérer les malades, de leur laver préalablement l'estomac avec de l'acide borique. H. R.

II. — Homme de 40 ans, souffrant depuis un an. L'estomac admet 2 litres de liquide; on trouve une tumeur qui paraît siéger à la petite courbure, mais qui est en réalité au pylore. Il n'y a pas d'adénopathie.

L'opération dure 1 heure 45 minutes. Le pylore extirpé laissait encore passer le doigt. Au bout d'un mois l'opéré quitte l'hôpital, il a gagné 5 livres.

L. GALLIARD.

III. — Un homme de 30 ans ayant contracté la syphilis deux ans auparavant souffre de troubles stomacaux avec vomissements, douleurs et amaigrissement considérable. Il existe une tumeur dans l'hypocondre droit. On porte le diagnostic d'obstruction du pylore avec dilatation de l'estomac.

Opération : Incision à droite de l'ombilic. Le pylore sans adhérence est mobile et du volume d'une noix. La gastro-entérostomie est pratiquée à la partie supérieure du jéjunum en se servant d'anneaux de caoutchouc. Puis le grand épiploon étant séparé de la grande courbure de l'estomac, et l'épiploon gastro-hépatique séparé de la petite courbure, la tumeur est saisie entre deux pinces et enlevée : le pylore et le duodénum sont suturés isolément. Mort de choc 36 heures après l'opération.

La tumeur était un épithélioma. MAUBRAC.

IV. — Il s'agit d'un homme de 48 ans, atteint d'une tumeur mobile cancéreuse du pylore. Incision sur la ligne médiane, issue de la région pylorique et du jéjunum (le seul temps difficile de l'opération), puis isolement de la tumeur au moyen de deux ligatures temporaires en caoutchouc. Cela fait, incision du jéjunum et de la grande courbure de l'estomac, introduction de deux plaques d'or décalcifié et apposition de deux plaques au moyen de sutures en fil de soie. La suture est complétée par celle de l'épiploon. Guérison rapide en un mois. H. R.

V. — Homme de 48 ans, atteint de cancer du pylore très limité et mobile, mais ayant déterminé une dilatation gastrique considérable et des vomissements. On décide l'opération et on soumet le malade à des lavages gastriques antiseptiques préalables. Incision médiane sus-ombilicale : on tombe sur une tumeur impliquant tout le pylore et un pouce de la grande courbure; les ganglions rétrogastriques sont envahis. On ne peut songer à la résection du pylore : la gastro-entérostomie est décidée. Il y eut de grandes difficultés pour attirer l'estomac en dehors de la plaie et pour choisir l'anse intestinale destinée à être mise en contact avec l'estomac. Une incision d'un pouce et quart de longueur fut faite dans l'axe de l'estomac et de l'anse intestinale, à travers la tunique séreuse et musculeuse exclusivement. L'estomac ne donna point de sang, mais l'intestin saigna énormément, ce qui nécessita des ligatures et allongea beaucoup l'opération. Après avoir suturé les bords postérieurs des tuniques gastro-intestinales sectionnées, l'estomac

fut ouvert d'un coup de ciseaux, ce qui donna lieu à une nouvelle hémorragie profuse et nécessita des ligatures. Les lèvres antérieures des plaies furent alors suturées et le tout consolidé avec une série de points de suture de Lembert. L'opération fut très pénible et dura 3 heures 40 minutes, mais les suites en furent favorables. Le malade vécut dix semaines encore, et, pendant ce temps, ne souffrit plus et ne vomit plus comme avant l'opération; malgré cela, il continua à maigrir et à se cachectiser. La mort survint brusquement, par syncope.

Page réunit dans un tableau synoptique la plupart des faits publiés de gastro-entérostomie depuis le mémoire de Wölfler (1881). H. R.

VI. — Jessett reprend les opérations de Senn sur les réparations intestinales (voy. *R. S. M.*, XXXIV, 258) et donne les conclusions suivantes :

1° La gastro-entérostomie, la jéjuno-iléostomie et l'iléo-colostomie doivent toujours être pratiquées par opposition latérale de plaques osseuses décalcifiées;

2° L'entérorraphie doit toujours être faite par invagination du bout supérieur dans le bout inférieur et suture des tuniques péritonéales;

3° Dans les cas de division complète de l'intestin, l'entérorraphie circulaire n'est pas à recommander, mais les bouts de l'intestin divisé doivent être fermés par invagination, et la continuité du canal établi au moyen de disques par apposition latérale;

4° Toutes les fois qu'on ne peut enlever la portion d'intestin malade, il faut établir au-dessus et au-dessous de l'obstruction une communication entre les anses intestinales par apposition latérale;

5° Les larges greffes mésentériques doivent être adoptées dans tous les cas d'entérorraphie circulaire. H. R.

I. — Plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver, par JALAGUIER (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XV, p.* 739).

II. — Plaie pénétrante de l'abdomen, par P. BERGER (*Ibidem, t. XV, p.* 745).

raitement des perforations traumatiques de l'estomac et des intestins, par RECLUS et NOGUÈS (*Rev. de chir., n°* 2, *p.* 89, *et n°* 5, *p.* 419, 1890).

I. — Femme de 29 ans. Coup de revolver, calibre 7, dans le côté gauche du ventre, au-dessous du rebord costal, à 4 centimètres de la ligne médiane, à 9 centimètres au-dessus de l'ombilic. Pâleur de la face, pouls petit, anxiété extrême, douleurs vives dans tout le côté gauche de la poitrine. Abdomen souple, un peu douloureux à la pression; douleur vive autour de la plaie. A l'épigastre et dans l'hypocondre gauche, sonorité exagérée, très superficielle.

Chloroformisation. Exploration du trajet de la balle ; on constate la pénétration dans l'abdomen et l'issue de bulles de gaz sur la sonde cannelée. Laparotomie. Incision médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, issue d'un flot de sang ; en relevant le foie, gros caillot sur l'épiploon gastro-hépatique et la face antérieure de l'estomac ; l'ablation de ce gros caillot met à nu une large perforation siégeant sur la petite courbure immédiatement au-dessous du cardia ; artère coronaire stomachique complètement coupée et rétractée dans l'épiploon gastro-hépatique, saigne en jet. Ligature de l'artère. Suture au catgut de la muqueuse stomacale. Six points de Lembert avec de la soie fine. Toilette rapide du péritoine. Sutures de la paroi au crin de Florence. Guérison sans accident.

II. — Plaie par balle de revolver à droite de l'ombilic, état général grave,

trémités froides, pouls petit et fréquent, hoquet, angoisse extrême, ventre ndu et douloureux. Laparotomie une heure et demie après l'accident. Sure de quatre petites perforations de l'intestin grêle et de trois plaies non nétrantes. Ligature de quelques vaisseaux du mésentère. Opération rapide complète. Mort sept heures après l'opération.

III. — Reclus et Noguès ont rassemblé, à côté de cas inédits, toutes les bservations de plaies de l'intestin ayant évolué sans intervention opérairre recueillies dans les publications médicales depuis 1870. Cette nportante statistique peut donc donner une base sérieuse à la question discutée de l'indication opératoire dans les plaies de l'intestin.

Pour établir la validité des observations, les auteurs les ont divisées n 3 catégories : 1° cas rares où l'autopsie, plus ou moins éloignée, d'un lessé mort de maladie intercurrente a montré les vestiges de perforaons oblitérées ; 2° observations dans lesquelles l'autopsie ne fut point ratiquée, mais où des signes cliniques indiscutables : issue de gaz ou e matières intestinales par la plaie, expulsion du projectile par l'anus, ématémèse et mélœna, ont prouvé la réalité de la perforation ; 3° faits ù la perforation n'a pour garant que la perforation de la paroi abdomiale. Or, les expériences personnelles des auteurs leur ont montré que 7 fois sur 38 une balle qui a traversé la paroi abdominale perfore 'intestin.

La première catégorie comprend, pour les plaies par projectiles, 6 cas, vec 3 morts ; la seconde, 56 cas, avec 12 morts ; la troisième, 26 cas, avec morts. Donc, au total, 88 cas, 66 survies et 22 décès, soit une mortalité le 25 0/0.

45 plaies par instruments tranchants comprennent 21 faits où un signe physique a permis d'affirmer la perforation. Sur ces 21 cas, 5 morts. Dans les 24 autres cas, pas de mort.

La statistique des hôpitaux de New-York dressée par Stimson donne, sur 37 cas, 20 morts et 17 guérisons, et, dans une autre série, 23 cas, avec 15 morts.

A ces statistiques sont opposées celles fournies par les cas d'intervention. Reclus et Noguès en ont réuni 102 observations. Dans un premier tableau, intervention pratiquée dans les douze premières heures, 55 faits avec 34 décès, soit 61,8 0/0 de mortalité. Dans le second tableau, intervention pratiquée plus de douze heures après l'accident, 28 cas, avec 21 morts, soit 75 0/0 de mortalité. Dans le troisième, date indéterminée de l'opération, 29 cas, 10 morts, soit 52,6 0/0. Au total, 102 observations de laparotomie, avec 65 décès, mortalité de 63 0/0.

S'appuyant sur l'étude comparative de ces statistiques, Reclus repousse l'intervention opératoire d'une façon générale ; mais elle peut être formellement indiquée dans certains cas : signes d'hémorragie dans la cavité péritonéale, issue immédiate de gaz ou de matières fécales, production du traumatisme par une très violente contusion, un coup de pied de cheval, par exemple ; enfin, la dernière indication, la réaction péritonéale, est encore le point le plus difficile à déterminer exactement.

C. WALTHER.

I. — **A discussion on the surgical treatment of typhlitis, par Frederic TREVES** (*Brit. med. journ.*, *p.* 1030, *novembre* 1889).

II. — **Appendicical, perityphlitic and paratyphlitic inflammations, par PORTER** (*N. York med. journ., p.* 88, 25 *janvier* 1890).

III. — **Two cases of appendicitis, par MILBANK** (*N. York med. journ., p.* 211, 22 *février* 1890).

IV. — **De la périty phlite et de son traitement chirurgical, par Herm. MYNTER** (*Buffalo med. and surg. journal, p.* 513, *avril* 1890).

V. — **Removal of a gangrenous appendix..., par Dyce DUCKWORTH et John LANGTON** (*Medico-chir. Trans. LXXII, p.* 433).

VI. — **Case of removal of the vermiform appendix, par CLARKE et SMITH** (*Lancet,* 3 *mai* 1890).

I. — Dans les cas simples d'engouement cæcal et de périty phlite subaiguë, le traitement médical suffit : sangsues, repos, opium et lavements émollients.

Lorsque l'on a des raisons de soupçonner la formation du pus, théoriquement il faut faire l'incision de la région enflammée; mais plusieurs points sont à considérer :

a) Le moment de l'intervention. Presque jamais elle ne peut se faire avant le cinquième jour, à cause de la difficulté du diagnostic et du peu de symptômes fournis par la collection au début, surtout quand elle se fait à la partie postérieure du cæcum, vers le psoas.

b) Le procédé opératoire. Treves proscrit absolument toute tentative d'exploration avec une aiguille aspiratrice, que conseillent les médecins américains : c'est une pratique dangereuse à la fois et inefficace, qui ne décèle pas toujours la présence du pus alors même qu'il existe.

L'incision doit être oblique ou semi-lunaire, jamais verticale et toujours située en dehors de la ligne blanche. Une fois le foyer ouvert, il ne faut pas se hâter de rechercher le corps étranger, de peur de rompre les adhérences. Mieux vaut fixer un drain et laver le foyer antiseptiquement que de disséquer la région et de s'exposer à des ruptures.

L'établissement d'une fistule cæcale est presque toujours temporaire : cet accident a une grande tendance à guérir spontanément.

c) Dans les typhlites à répétition, l'auteur conseille l'excision de l'appendice iléo-cæcal qui doit être pratiquée dans la période apyrétique, quand il n'y a aucun symptôme inflammatoire.

L'appendice une fois découvert et séparé de ses adhérences ne doit pas être simplement coupé et lié; après l'avoir serré dans une pince, on l'excise, et successivement une suture doit être faite sur la muqueuse et sur la tunique séreuse, comme pour la réparation d'une plaie intestinale : après quoi la paroi abdominale est suturée sans drain placé en permanence. H. R.

II. — Femme de 42 ans, atteinte, vers le 5 août, d'une diarrhée qui dure huit jours et cède sous l'influence du traitement. Elle est ensuite constipée et éprouve brusquement, au milieu de la nuit, une douleur vive au niveau de la région iliaque droite. Après avoir souffert huit jours, sans garder le lit, elle entre à l'hôpital.

On constate une tumeur qui dépend évidemment du cæcum et du colon ascendant; on admet une périty phlite abcédée. Il y a en outre de la matité à la base droite du thorax. La température oscille entre 101° F. et 103°,2 F., le pouls entre 80 et 108.

Le 13 septembre, après une ponction exploratrice, on incise l'onzième espace intercostal droit et l'on voit s'écouler du pus d'un abcès qui paraît être sous-diaphragmatique. Drainage.

Les jours suivants, la malade continue à avoir de la fièvre, à délirer; la bouche reste sèche. Mort le 1er octobre.

Autopsie. — L'appendice vermiforme se trouve en arrière du cæcum; il est sphacélé à son extrémité et perforé, et s'ouvre dans un abcès que l'auteur appelle paratyphlique et qui se continue en arrière du côlon ascendant; cet abcès a été primitivement extra-péritonéal. Un autre abcès existe entre le foie et le diaphragme communiquant avec trois abcès intra-hépatiques. Ces abcès multiples ont donc eu pour point de départ une appendicite. Pas de corps étranger. L. GALLIARD.

III. — Dans le premier de ces cas d'appendicite, la guérison est survenue spontanément; dans le second, elle a été le résultat de l'opération hâtive. Voici le cas :

Femme de 24 ans, étant au théâtre le 19 novembre, éprouve à l'épigastre une douleur qui augmente jusqu'au moment où elle se met au lit. On diagnostique une appendicite et on propose l'opération immédiate.

Retardée par le désir de la patiente de consulter d'autres médecins, l'opération n'est faite que vingt-quatre heures après. A ce moment on note P. 124; T. 101°,5 F. L'appendice est distendu par une masse dure à sa partie moyenne; entre cette masse et le cæcum il est gangrené et ulcéré, mais pas encore perforé. On l'excise. L'opération dure en tout deux heures.

Après différentes phases douloureuses avec tympanisme, l'opérée guérit. Au bout de trois semaines elle quitte le lit. L. GALLIARD.

IV. — L'auteur conserve la division qu'il a adoptée en 1879 (*Buffalo med. j.* octobre 1879) en : 1° péritonite appendiculaire adhérente, dans laquelle l'ulcération de l'appendice est prévenue par des adhérences solides; 2° péritonite appendiculaire locale caractérisée par une péritonite locale avec abcès primitif; 3° péritonite appendiculaire généralisée, suite de perforation dans la cavité péritonéale.

Il passe en revue les diverses opinions des auteurs au point de vue du traitement de la seconde forme. En s'appuyant sur 12 cas qui furent tous suivis de guérison, dont 6 après intervention, il préconise l'intervention hâtive, réservant son opinion au sujet de la résection de l'appendice défendue par Lawson Tait dans les cas de périthyphlite à répétition. F. VERCHÈRE.

V. — Garçon de 16 ans, pris de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée, le 3 novembre, après son déjeuner. Il est amené cinq jours après à l'hôpital, et l'on constate un état typhoïde, de la sensibilité dans la fosse iliaque droite et de la tympanite : les vomissements continuent. On diagnostique une ulcération de l'appendice iléo-cæcal et la laparatomie est immédiatement pratiquée. Incision latérale au niveau du cæcum. On tombe sur une collection renfermant une once de pus fétide : l'appendice ulcéré et gangrené. La cause de l'ulcération est une concrétion fécale durcie. Lavage péritonéal à l'eau bouillie, drainage et pansement iodoformé. Opium à l'intérieur.

Amélioration progressive jusqu'au 17 novembre, époque à laquelle réapparaissent des douleurs abdominales. Ce jour-là, en faisant le pansement, on trouve un large caillot hémorragique : le lendemain, écoulement purulent par la plaie et sensation de rénitence péritonéale dans le flanc gauche qui va s'accentuant les jours suivants. On diagnostique un abcès péritonéal enkysté, et on rouvre en ce point l'abdomen : un flot de pus fétide s'en échappe. A partir de ce moment, amélioration continue et guérison le 25 février.

VI. — Smith a pratiqué l'ablation de l'appendice vermifore chez un malade de 22 ans qui avait eu plusieurs poussées inflammatoires. L'opération fut faite à un moment où la dernière poussée était à peu près éteinte. Bien que la séparation des adhérences ait été entièrement laborieuse, les suites furent très favorables : Smith pense que l'opération doit être moins difficile dans le cas d'adhérences. Il signale deux observations où les difficultés, dans ce dernier cas, furent telles qu'on dut renoncer à l'ablation. La fixation de la pointe de l'appendice par des adhérences, fixation qui l'expose à des tiraillements continuels, joue, pour Clarke et Smith, dans la production des poussées inflammatoires, un rôle au moins égal à la présence des corps étrangers. A.-F. PLICQUE.

I. — The treatment of tubercular peritonitis by abdominal section, par Robert O'CALLAGHAN (*The Dublin journ. of med. sc.*, *p.* 472, *juin* 1889).

II. — Typhoid fever, perforation, local peritonitis, operation, recovery, par TAYLOR (*Lancet*, 3 *mai* 1890).

III. — Ruptured small intestine... (Rupture de l'intestin grêle), par CROFT (*Brit. med. j.*, *p.* 665, *mars* 1890).

IV. — A case of fœcal extravasation into the peritoneal cavity..., par Harrison CRIPPS (*Brit. med. j.*, *p.* 476, *mars* 1890).

I. — Garçon de 15 ans, émacié, malade depuis deux mois, présentant de la tympanite et de l'ascite, et considéré d'abord comme atteint d'une affection hépatique. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse est posé d'après l'évolution du cas et la consomption rapide. Laparotomie. Il s'écoule deux litres d'un liquide séro-purulent. En examinant le péritoine, on le trouve parsemé d'une infinité de granulations miliaires et d'exsudats caséeux ; il en est de même des intestins. Lavage de la cavité abdominale avec de l'eau bouillie. Suture; guérison rapide, qui ne s'est pas démentie au bout d'un an. H. R.

II. — Les signes de péritonite apparurent en pleine convalescence ; on sentait une tuméfaction résistante occupant l'épigastre et la région sus-ombilicale. L'incision fut faite du sternum à l'ombilic ; le péritoine était très adhérent; son incision donna issue à un litre et demi environ de liquide noirâtre et trouble. La poche, limitée par des adhérences, semblait située entre le foie et l'estomac. Drainage. Guérison, malgré une hématémèse survenue le dixième jour après ingestion d'aliments trop abondants. A.-F. PLICQUE.

III. — Garçon de 14 ans, ayant reçu un coup de pied de cheval trois heures auparavant dans la nuit même, symptômes de péritonite, liée probablement à une rupture intestinale. Laparotomie dès le lendemain matin. On trouve une petite rupture accompagnée d'ecchymoses de l'intestin grêle. La portion contusionnée de l'intestin est excisée par un coup de ciseau en V, le mésentère et l'intestin suturés par 40 points de suture de Lembert, la partie altérée de l'épiploon réséquée. Lavage boriqué du péritoine et pansement antiseptique. Guérison sans complication fébrile ; cessation immédiate des phénomènes de péritonite. H. R.

IV. — Femme de 52 ans, atteinte de rétrécissement cancéreux de la partie supérieure du rectum, très près de l'S iliaque : invagination de l'intestin à travers l'induration épithéliomateuse. La colotomie est pratiquée, et tout marche régulièrement jusqu'au cinquième jour de l'opération. A cette date elle a une violente quinte de toux et ressent une vive douleur abdominale. Quelques heures après elle présente des symptômes de péritonite avec collapsus.

En examinant la plaie, on vit que les points de suture avaient cédé et qu'au

voisinage la cavité péritonéale était remplie de matières fécales de consistance crémeuse. Séance tenante, l'intestin fut suturé à nouveau par 5 fils d'argent, et ses bords rattachés à la peau de façon à ne permettre aucune issue de matière. En même temps, lavage à grande eau du péritoine jusqu'à ce que tout vestige de matière fécale eût disparu. Un drain fut passé à l'angle de la plaie. A peine le péritoine eût-il été lavé que la douleur cessa. Les suites furent simples : sauf une diarrhée tenace, la malade guérit sans encombre, et son anus artificiel fonctionne régulièrement. H. R.

Hernies internes rétro-péritonéales ou hernies formées dans les fossettes normales du péritoine, par JONNESCO (*Thèse de Paris*, 1890)

Après un chapitre d'historique dans lequel tous les cas rapportés sont soumis à une critique minutieuse, l'auteur résume rapidement la description anatomique des fossettes normales du péritoine.

Dans ces différents orifices se font les hernies internes qu'on doit diviser en 4 classes :

1° Hernie à travers l'hiatus de Winslow, siégeant dans l'arrière-cavité des épiploons ;

2° Hernies duodénales, développées dans les fossettes da la région duodénale ;

3° Hernies péri-cæcales dans les fossettes péri-cæcales ;

4° Hernie intersigmoïde, dans la fossette intersigmoïde.

Toutes ces hernies ont pour caractères primordiaux :

a. D'être munies d'un véritable sac péritonéal ;

b. De siéger dans la cavité abdominale ;

c. De se développer dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

d. De se former dans une fossette péritonéale préexistante normale.

Les hernies duodénales comprennent deux variétés : l'une habituelle, hernie duodénale gauche ; l'autre très rare, hernie duodénale droite.

Deux variétés aussi de hernies péri-cæcales : hernie rétro-cæcale ; hernie iléo-appendiculaire (un seul cas de Snow).

L'étiologie est très obscure ; tout au plus les observations semblent-elles prouver que ce sont le plus souvent des hernies acquises ou du moins qu'elles restent petites, ébauchées pendant longtemps et qu'elles ne se montrent qu'à un certain âge. Les causes de leurs complications, souvent inconnues, ont été dans quelques cas un repas copieux, un effort, etc.

On peut diagnostiquer une hernie duodénale étranglée chroniquement aux signes suivants : situation de la tumeur à gauche de la ligne médiane, se prolongeant le long du bord costal, passant un peu au-dessus de l'ombilic et se perdant dans la profondeur, du côté de la colonne vertébrale ; structure constante avec tension variable, mollement élastique avec son tympanique. Pas de phénomènes propres d'étranglement aigu, coliques violentes sous forme d'accès, souvent avec crises stomacales douloureuses. D'après ces signes, Standenmeyer a reconnu cette hernie dans le seul cas où le diagnostic ait été fait et vérifié à l'autopsie.

Une tumeur épigastrique avec troubles fonctionnels d'occlusion portant sur le gros intestin, sans signe d'invagination, sont les caractères de la hernie dans l'hiatus de Winslow.

Dans les cas d'étranglement, outre les signes habituels de l'étrangle-

ment interne, on peut parfois trouver quelques signes propres aux hernies rétro-péritonéales :

1° *Hernies duodénales : a.* Volumineuses. — Tuméfaction circonscrite dans la région ombilicale, plus ou moins reportée vers l'hypocondre gauche. Etranglement siégeant sur la partie terminale de l'iléon.

b. Petites. — Siège de l'étranglement sur la portion supérieure de l'intestin grêle, d'où vomissements précoces, fréquents, non fécaloïdes, anurie, etc. Pas de tuméfaction circonscrite du ventre. Siège de la douleur au niveau de l'ombilic un peu en dehors et à gauche. Marche quelquefois foudroyante. Dans quelques cas : signes de gêne de la circulation veineuse de l'abdomen; hémorroïdes douloureuses.

2° *Hernies péricæcales.*— Début fréquent à la suite d'un effort. Douleurs intenses dans la région iliaque droite (pression iliaque) ; souvent tumeur; étranglement portant sur l'extrémité inférieure de l'iléon ; vomissements tardifs, fécaloïdes, peu abondants.

3° *Hernie intersigmoïde.* — Siège de la douleur dans la fosse iliaque gauche ; étranglement sur la portion terminale de l'iléon.

4° *Hernie à travers l'hiatus de Winslow.* — Douleurs intenses siégeant à l'épigastre : au même niveau, tumeur très douloureuse, mate. Rarement, signes d'étranglement de la portion terminale de l'iléon; ordinairement, étranglement siégeant sur le côlon ascendant ou le côlon transverse.

Enfin, le diagnostic peut être établi, soit par la laparotomie, soit par l'incision lombaire de Bardenheuer sans ouverture du péritoine.

La laparotomie suivie de la recherche méthodique de l'orifice herniaire est le traitement de choix. L'entérotomie ne sera qu'une opération de nécessité applicable aux seuls cas où la laparotomie n'a pas permis de lever l'obstacle, et quand celui-ci siège sur une portion assez inférieure de l'intestin grêle.

Dans un dernier chapitre, Jonnesco a réuni toutes les observations connues de hernies rétro-péritonéales, qui sont au nombre de : 64 hernies duodénales, 12 péri-cæcales, 3 intersigmoïdes et 8 hernies à travers l'hiatus de Winslow. C. WALTHER.

I. — Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité (lavement electrique), par VOIZOT (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — Chronic intestinal obstruction..., par Hamilton RUSSELL (*Brit. med. j. p.* 1296, 7 *juin* 1890).

III. — Traitement de certaines formes de gangrène de l'intestin, par Charles PENROSE (*Medical News, p.* 272, 15 *mars* 1870).

IV. — De la colotomie iliaque en deux temps, par RECLUS (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVI, p.* 104).

V. — Colotomie inguinale, par VERNEUIL (*Ibidem. p.* 215).

VI. — Contribution à l'étude de la colotomie iliaque, par CLAROT (*Thèse de Paris*, 1890).

VII. — Colectomy, par Kendal FRANCK (*Medico-chirurg. Transact., LXXII, p.* 211, 1889).

VIII. — Eine dreifache Darmresection (Triple entérectomie pour cancer et sta-

tistique d'entérectomies pour hernies gangrenées), par Theodore KOCHER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 7, p. 201, 1er avril 1890.*)

I. — En ajoutant à une statistique de 63 cas d'obstruction intestinale, qui lui a été fournie par Larat, 54 observations qu'il a recueillies de divers côtés, Voizot estime qu'il faut, dans tous les cas, avant toute autre médication, avoir recours à l'électricité. Ce sont les courants continus, employés suivant la méthode, dite lavement électrique, qui donnent le plus de chances de réussite. Il n'existe qu'une seule contre-indication, c'est l'état d'asthénie cardiaque; en cas d'insuccès, le traitement chirurgical s'impose. OZENNE.

II. — Observation intéressante au point de vue de l'étiologie et des symptômes. Le malade, un marin de 17 ans, enlevé par une vague sur le pont de son vaisseau, avait été rudement projeté sur le bordage et gravement contusionné. Quelques heures après avait débuté une douleur abdominale sourde avec des signes de péritonite obscure. Ceci se passait le 10 octobre : jusqu'au 26, les phénomènes péritoniques se maintinrent : à partir de cette date, des signes de véritable obstruction intestinale, constipation, absence de gaz, vomissements, météorismes se produisirent. On résolut de pratiquer la laparotomie. Le chirurgien ne constate rien au cæcum, mais du côté de l'S iliaque et du côlon descendant, il trouva une anomalie de position : en cherchant à s'en rendre compte, par une traction légère, l'intestin se détendit brusquement et l'obstacle fut levé : il s'agissait d'un volvulus incomplet ou peut-être d'une flexion du gros intestin à travers une boutonnière du mésentère. Les suites de l'opération furent régulières, et le malade guérit. H. R.

III. — L'auteur ne considère que les cas où la perte de substance intestinale a été la conséquence d'une suppuration pelvienne ou abdominale qui a détruit les parois intestinales par extension directe de l'inflammation : cela se rencontre surtout dans les abcès tubaires, pelviens, et dans ceux de la périthyphlite dans l'appendicite. Le traitement idéal serait la résection de l'anse gangrené ou l'excision de la région perforée, mais l'auteur s'en tient aux cas où cet idéal est impraticable. Le but que recherche l'auteur est de placer l'intestin dans la meilleure situation possible, c'est-à-dire de le rendre rectiligne, afin de favoriser le passage des matières fécales, de fermer ainsi l'occlusion spontanée de la fistule, et de prévenir l'épanchement des matières en amenant la formation d'adhérences au niveau de l'ouverture extérieure. Pour cela faire, après avoir purgé le malade avant l'opération, on enlève complètement tout ce qui peut faire obstacle au devant de l'anse gangrenée, puis on fixe l'intestin gangrené suivant une ligne droite derrière la paroi; enfin, on termine par le drainage et le lavage du péritoine.

L'auteur cite trois observations où cette manière de procéder fut suivie de succès. F. VERCHÈRE.

IV. — Dans les cas d'obstruction aiguë, quand la péritonite menace ou est survenue, l'anus iliaque doit être fait par le procédé ordinaire, avec ouverture immédiate de l'intestin. Mais dans ces obstructions chroniques, Reclus préfère la méthode de Maydl, en deux temps, dont les principaux avantages sont : la sécurité, car elle rend impossible l'inoculation de la séreuse par les matières fécales, et une rapidité beaucoup plus grande dans l'exécution. Reclus opère encore plus rapidement que Maydl, car, dans son procédé personnel, il supprime les sutures; l'in-

testin est attiré au dehors, une bougie aseptique traverse le mésocôlon iliaque et un pansement iodoformé est appliqué sur le tout. L'opération, faite avec injections analgésiques de cocaïne, ne dure guère que 5 à 7 minutes. L'anse intestinale est incisée le quatrième ou le cinquième jour, excisée le dixième.

V. — Dans cette étude sur la colotomie inguinale, Verneuil classe et compare le manuel opératoire, les indications et les résultats des différents procédés :

Premier procédé : Fixation de l'intestin par des sutures placées comme dans l'entérotomie de Nélaton.

Deuxième procédé : Intestin attiré au dehors, complètement sectionné. Bout supérieur fixé à la plaie. Bout inférieur réduit dans l'abdomen (procédé de Madelung).

Troisième procédé (procédé de Verneuil). Incision parallèle à l'arcade crurale. Fraction au dehors des deux tiers de la circonférence du côlon, fixation par dix ou douze points de suture. Large incision au thermocautère de la portion d'intestin circonscrite par les sutures.

Quatrième et *cinquième procédés* (de Maydl). Traction de l'S iliaque jusqu'à ce qu'on voie le mésocôlon qui est traversé par une broche. Sutures, puis incision immédiate ou bien tardive (4e ou 5e procédé). En tout cas, on se contente d'abord d'une simple incision. Le 14e jour seulement, on excise une partie de l'anse herniée et on fixe le bord de la capsule intestinale à la peau.

Sixième procédé (de Reclus). (Voyez ci-dessus.)

Verneuil ne garde que le troisième procédé et le sixième qui peuvent avoir des indications différentes, suivant les cas, épaisseur considérable de la paroi abdominale rendant très difficiles les sutures, ou bien, au contraire, adhérences de l'intestin empêchant la traction et le passage de la broche, etc. C. WALTHER.

VI. — Après avoir donné une description des différents procédés opératoires usités pour la création de l'anus iliaque, Clarot établit que, si l'anus doit être temporaire, il n'est besoin que de recourir au procédé de Littre, c'est-à-dire de pratiquer une ouverture à l'intestin simplement tangent à la paroi abdominale et fixé à cette dernière par quelques points de suture.

Quand l'anus doit être permanent, la constitution d'un éperon devient nécessaire; c'est alors qu'il faut opérer d'après la méthode de Verneuil, lorsque l'obstruction aiguë nécessite une intervention rapide et, dans le cas contraire, appliquer le procédé de Maydl, simplifié avantageusement par Reclus, qui supprime absolument les points de suture appliqués sur l'intestin et sur la paroi abdominale. OZENNE.

VII. — Le mémoire de Kendal Franks a trait à deux observations de tumeur du gros intestin pour laquelle la résection du côlon descendant fut pratiquée. Le premier malade succomba le sixième jour après l'opération, le second guérit et était bien portant huit mois après l'opération.

A ce propos, l'auteur a réuni dans des tableaux synoptiques la plupart des cas connus de colectomie, au nombre de 51 : 49 fois, le résultat opératoire est mentionné. Il donne 20 morts par le fait de l'opération, dans une période variant de 1 heure à 13 jours; soit une mortalité de 40,8 0/0. Les guérisons sont en proportion de 59,2 0/0. C'est donc jus-

qu'à présent une opération fort aléatoire et qui n'est justifiée que par la gravité absolue de la lésion intestinale et aussi par ce fait que presque jamais les tumeurs de ce genre (ordinairement des épithéliomes cylindriques) ne récidivent. Au point de vue palliatif, elle se justifie également, car elle soulage grandement les malades et fait disparaître les douleurs vraiment intolérables que causent certains cancers annulaires du gros intestin. H. R.

VIII. — Homme de 63 ans ayant depuis une année des coliques après manger. Selles normales; émaciation depuis 6 mois. Légère augmentation de volume du ventre. A la palpation, on trouve une tumeur étendue de la symphyse jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dépassant la ligne médiane de la largeur du pouce à droite, tandis qu'à gauche elle atteint le milieu de l'arcade fémorale. Cette tumeur est dure, irrégulière, mobile en tous sens, grosse comme une tête d'enfant; non appréciable par le rectum. Pas de ganglions inguinaux.

Kocher dianostique un cancer de l'S iliaque et pratique l'entérectomie le 12 novembre 1889. A la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, incision transversale étendue jusqu'au milieu du droit abdominal dont on coupe la moitié externe; section de l'artère et de la veine épigastriques inférieures sous le bord de ce muscle. Avec quelque difficulté, on amène la tumeur au-devant de l'incision cutanée. Il s'agit d'un cancer de l'S iliaque qui a déjà perforé deux anses d'intestin grêle auxquelles il adhère, ainsi qu'au mésentère, sur une longueur considérable. Après avoir fait une triple entérectomie portant sur le côlon iliaque et sur les deux anses d'intestin grêle, Kocher fit les entérorraphies nécessaires à l'aide de deux sutures à la soie, superposées et continues : l'une profonde, intéressant toute l'épaisseur des tuniques intestinales, y compris la muqueuse; l'autre superficielle, bornée à la séreuse. Les deux anses grêles suturées furent réduites, tandis que l'S iliaque fut maintenu au dehors de la plaie abdominale, vu l'impossibilité de pratiquer convenablement sur toute la circonférence les deux rangées de sutures; les deux feuillets du péritoine furent fixés, par quelques points de suture, au pourtour. Aucune élévation de température post-opératoire, malgré la formation de deux fistules au niveau des sutures de l'S iliaque. Exeat le 11 janvier suivant; la dernière fistule subsistante se rétrécit de plus en plus et ne donne que par intervalle issue à des gaz.

La tumeur cancéreuse enlevée pèse 500 grammes, est grossièrement arrondie et a un diamètre de 32 centimètres; le maximum d'épaisseur de ses parois (S iliaque) est de 3 centimètres. La portion du gros intestin réséquée est longue de 12 centimètres, tandis qu'elle n'est envahie par le cancer que sur une longueur de 5 centimètres et demi. Des deux anses intestinales grêles enlevées en même temps, l'une est longue de 19 et l'autre de 20 centimètres.

Voici maintenant la statistique des entérectomies pratiquées par Kocher pour gangrène de hernies étranglées. Les 3 malades opérés en pleine péritonite ont succombé. 12 résections primitives de l'intestin remontant à la période d'antisepsie, par l'acide phénique, ont donné seulement 3 guérisons contre 9 décès, dont 7 par péritonite consécutive, 1 par septicémie et le dernier par embolie pulmonaire; soit une mortalité de 75 0/0. Des deux entérectomies primitives faites avec le chlorure de zinc comme antiseptique, l'une a été mortelle par péritonite. Enfin, dans la période actuelle d'antisepsie (au sublimé) et de technique minutieuse, Kocher a fait 15 résections primitives de l'intestin pour hernies étranglées gangreneuses. 4 opérés seuls ont succombé : 3 à la péritonite sûrement préexistante pour au moins deux d'entre eux, et le 4e à la mortification du bout affé-

rent de l'intestin réséqué trop parcimonieusement. Les 11 autres opérations ont donné une série ininterrompue de guérisons.

D'autre part, Kocher a fait 8 fois une entérectomie secondaire pour anus contre nature; les 3 opérations, correspondant à l'ère d'antisepsie phéniquée et peu rigoureuse, ont été mortelles : 2 par péritonite, 1 par broncho-pneumonie. Quant aux 5 opérations pratiquées depuis l'emploi du sublimé et d'une antisepsie rigoureuse, elles ont toutes été suivies de guérison. J. B.

I. — Traitement du prolapsus du rectum, par LYOT (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — De la colopexie dans le traitement des prolapsus graves du rectum, par CHAMAYOU (*Thèse de Paris*, 1890).

III. — Prolapsus du rectum. Excision du prolapsus, par NÉLATON (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XV, p.* 747).

I. — Lyot admet deux espèces de prolapsus du rectum : l'un est partiel ; c'est le prolapsus muqueux, que l'on traite avec succès par les cautérisations linéaires au thermocautère. L'autre, complet; c'est le prolapsus rectal proprement dit et recto-colique. Cette dernière variété, qui est constituée par le renversement de toutes les tuniques du rectum suivies ou non d'une étendue variable du côlon, est curable par l'emploi de différentes méthodes. Si le prolapsus est récent et de petit volume, on en obtient assez facilement la guérison en pratiquant des cautérisations avec le thermocautère.

Lorsque, au contraire, on a affaire à un prolapsus ancien et étranglé, compliqué d'altérations profondes des tuniques, adhérences, rétrécissements, dégénérescence néoplasique, il est indiqué d'avoir recours à la résection, soit par le procédé de Mikulicz, soit par le procédé qui consiste à fendre la tumeur en deux lambeaux, antérieur et postérieur, que l'on sectionne ensuite.

Quand le prolapsus est facilement réductible et quand le périnée a perdu sa résistance, il devient nécessaire de pratiquer la fixation ou la suspension du rectum; pour cela on adoptera, suivant les cas, la rectopexie postéro-inférieure imaginée par Verneuil, ou la colopexie simple ou associée à l'anus contre nature, comme Jeannel l'a mise à exécution.

OZENNE.

II. — Lorsqu'un malade présente un prolapsus grave du rectum, c'est-à-dire une chute de toutes les tuniques intestinales, avec entraînement du péritoine, à contention difficile ou impossible, et altérant gravement la santé générale, le mieux, pour en obtenir la guérison, est de s'adresser aux agents de fixité de l'intestin. Dans quelques cas, on aura donc recours à la colopexie simple sans ouverture du colôn; mais le plus souvent il sera nécessaire de pratiquer la colopexotomie, qui offre, d'ailleurs, cet avantage d'assurer le repos de l'organe, de faire disparaître les phénomènes inflammatoires et de permettre une action directe sur le périnée. Cette opération, assez longue mais sans dangers réels, est indiquée pour tout prolapsus grave, réductible, incoercible : elle est contre-indiquée dans les cas compliqués de sphacèle, d'étranglement, de néoplasmes, partout où la résection s'impose, chez les vieillards ou les enfants. OZENNE.

III. — Nélaton rapporte les observations de deux femmes opérées de prolapsus du rectum, de 10 à 12 centimètres :

Dans le premier de ces cas, Nélaton fit la résection du prolapsus d'après le procédé imaginé par Segond : sur la ligne médiane de la paroi antérieure du cylindre prolapsé sont placées deux pinces à hystérectomie vaginale; entre ces deux pinces section verticale avec les ciseaux jusqu'à la marge de l'anus; même manœuvre en arrière. On obtient ainsi deux lambeaux latéraux qui sont excisés avec les ciseaux, centimètre par centimètre, en même temps que des points de suture sont placés au fur et à mesure, réunissant la peau de la marge de l'anus à la muqueuse rectale sectionnée. Suites simples. Bon résultat opératoire. Mais six mois après, récidive, et au bout d'un an, prolapsus de 6 centimètres.

La seconde observation a trait à une malade opérée par Périer, dans les mêmes conditions et d'après le même procédé. Un mois après elle était ramenée dans le service alors fait par Nélaton. Elle avait senti, le matin même, dans un effort, une déchirure se produire au niveau du périnée, et une anse intestinale avait fait irruption par cette déchirure. Nélaton constata l'issue d'une anse de 25 centimètres, sortant en arrière de l'orifice anal resté libre, par une déchirure de la cicatrice opératoire. Par le toucher rectal, le doigt recourbé en arrière pénétrait dans l'anse herniée qui appartenait, par conséquent, à la dernière portion du gros intestin; en avant, on constatait sur la paroi antérieure de l'intestin, à 3 centimètres au-dessus de l'anus, une perforation qui permettait au doigt de passer dans le péritoine. Nélaton explique ainsi le mécanisme de ces curieuses lésions : sous l'influence de l'effort, la portion terminale du gros intestin mobile avait rompu la cicatrice de l'opération faite par Périer, et s'était précipitée à l'extérieur, retenue en avant; la paroi antérieure n'avait pu supporter la traction et s'était déchirée.

En présence de l'altération de l'anse herniée, sale et enflammée, et à cause de la perforation antérieure, Nélaton ne fit pas de réduction; il pratiqua la section de l'anse au niveau de la déchirure péritonéale, sutura le bout supérieur à la peau, et ferma par adossement de ses deux surfaces séreuses le bout inférieur correspondant à l'orifice anal, de sorte que l'opération terminée donna un périnée présentant deux orifices adossés en canon de fusil : l'un antérieur, correspondant à l'anus naturel, qui ne devait plus servir; l'autre postérieur, représentant l'abouchement du gros intestin à la peau, ainsi devenu l'anus utile.

Suites régulières. Cicatrisation complète après 3 semaines; la malade allait facilement à la garde-robe; 4 mois après, le prolapsus ne s'était pas reproduit, le nouvel anus fonctionnait bien et avait un peu de tendance à se rétrécir.

Dans la discussion qui suit cette communication, Verneuil donne la description d'un procédé nouveau qu'il a exécuté chez deux sujets jeunes, atteints de prolapsus ancien, volumineux, réductible, mais s'échappant au moindre effort et n'ayant été modifié par aucun des nombreux traitements jusque-là mis en usage :

1er *temps*. Le sujet étant placé dans la position de la taille, le bassin élevé, les cuisses fortement fléchies, on pratique à gauche et à droite deux incisions perpendiculaires qui, partant de l'orifice anal un peu en dehors de l'union de la peau avec la muqueuse, se prolongent assez en dehors pour dépasser la circonférence du sphincter sous-cutané, ce qui leur donne environ 4 à 5 centimètres; de leurs extrémités externes partent deux autres incisions qui se réunissent à la pointe du coccyx, circonscrivant avec les premières un lambeau à base antérieure anale,

lambeau qui doit être disséqué et relevé d'arrière en avant, et qui comprend les fibres du sphincter externe. La paroi postérieure du rectum apparaît à nu au fond de la plaie.

2° *temps*. A l'aide d'une aiguille courbe montée sur manche solide, on place de haut en bas, transversalement, parallèlement et à une distance moyenne de 15 millimètres, 4 crins de Florence qui, introduits de droite à gauche, rampent dans l'épaisseur de la paroi sur une longueur de 5 centimètres.

3° *temps*. Pour fixer ces anses flottantes, l'aiguille courbe est plongée de dehors en dedans, à droite, à 4 centimètres de la ligne médiane, au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, glisse sous la peau et vient sortir dans la plaie ano-coccygienne; on la charge du chef droit du fil le plus élevé qu'on amène au dehors en retirant l'aiguille; même manœvre pour le chef gauche. Les quatre fils ayant été traités de la même façon, sont fixés deux par deux sur un petit rouleau de gaze iodoformé à gauche et à droite.

4° *temps*. Excision du lambeau triangulaire postérieur, en ménageant à sa base la zone cutanée muqueuse. Réunion de la plaie postérieure avec drainage pour obtenir la formation d'une bride inodulaire. Rétablissement de l'orifice anal par quelques sutures au crin de Florence.

C. WALTHER.

I. — Cancer annulaire de la partie supérieure du rectum; résection par la voie sacrée, par ROUTIER (*Bullet. Soc. de chirurgie, t. XV, p.* 676).

II. — Mastdarmcarcinom nach Kraske-Schede operirt (Opération de cancer du rectum), par LAUENSTEIN (*Deutsche med. Woch., n°* 2, *p.* 24, 1890).

I. — Femme de 29 ans. Tumeur annulaire siégeant à 12 centimètres au-dessus du sphincter externe.

Opération le 19 septembre 1889. Incision à gauche de la crête sacrée, de l'épine iliaque postérieure, à quelques centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, à 5 centimètrs au-dessus de l'anus. Ablation du coccyx, résection de l'angle inférieur gauche du sacrum, sans atteindre le dernier trou sacré. Isolement du rectum, ouverture du péritoine tamponné avec une éponge montée; ligature du rectum au-dessus et au-dessous du cancer; résection de la partie malade. Suture du péritoine par un surget de catgut; suture du rectum en deux plans muqueux et musculaire; suture incomplète de la plaie cutanée; cavité bourrée de gaze iodoformée.

Suites simples. Dès le lendemain, émission facile de gaz par l'anus. Le 7° jour, garde-robe; le sphincter fonctionne bien; le 9° jour, formation en arrière d'une petite fistule qui laisse couler des matières liquides. WALTHER.

II. — Homme de 40 ans, atteint de cancer du rectum. On pratique d'abord un anus contre nature sur l'S iliaque. Douze jours après, l'auteur enlève le coccyx et le côté gauche du sacrum jusqu'au 4° trou sacré, divise les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéreux et extirpe le carcinome. Réunion des bouts sains.

Au bout de cinq semaines et demie, on ferme l'anus artificiel. La plaie du sacrum est guérie, l'opéré a des fonctions normales, puisqu'il a conservé son sphincter. Il peut reprendre ses occupations.

Lauenstein conseille de ne pas dépasser dans l'opération le 4° trou sacré; car le 4° nerf sacré envoie à la prostate et au bas-fond de la vessie une branche nerveuse indispensable. Quand on la sectionne, on a des désordres vésicaux, ischurie ou incontinence d'urine. L. GALLIARD.

De l'ostéite déformante de Paget, par THIBIERGE (*Archives de méd., janvier 1890*).

Thibierge relate une observation nouvelle d'ostéite déformante de Paget et rappelle les principaux symptômes de l'affection : la déformation et l'augmentation, le volume des os du crâne, du rachis, des tibias, des clavicules, etc., avec intégrité absolue des os des mains et des pieds, l'absence de troubles généraux, la marche envahissante de la maladie, sa durée, toujours longue. A l'autopsie, les os sont épaissis. Ils sont constitués par un tissu poreux, lamellaire ou spongieux, dont les mailles sont remplies d'une sorte de moelle rougeâtre ou par un tissu dur et compact, ressemblant à de l'ivoire ou à de la pierre à chaux. Histologiquement, il s'agit d'un mélange d'ostéite raréfiante et d'ostéite formatrice.

Thibierge ne pense pas que l'ostéite déformante de Paget doive être rattachée à l'ostéomalacie ou au rhumatisme chronique. Il croit qu'il s'agit d'une maladie du système osseux, ou plutôt d'une maladie générale relevant d'un trouble nutritif général d'origine indéterminée. RICHARDIÈRE.

Ueber die Behandlung der acuten eiterigen Osteomyelitis an den Epiphysenlinien (Traitement de l'ostéomyélite aiguë suppurée), par O. THELEN (*Arch. f. klin. Chir., XXXVIII, p.* 212).

Thelen a traité 14 cas d'ostéomyélite aigue. Dans les cas tout à fait récents, alors qu'il n'existait pas d'abcès, dès que le diagnostic fut établi, il est intervenu. Il a trépané à la gouge et enlevé le tissu osseux infiltré de pus. Il a pu ainsi arrêter plus ou moins le processus morbide. Dans le cas où il existe déjà un abcès, il agit de même, c'est à dire qu'il résèque avec le ciseau et la cuillère tranchante le tissu osseux malade. Le résultat est heureux dans la majorité des cas, mais la durée de la maladie est bien plus longue. Lorsqu'il existe des foyers secondaires, il faut les traiter comme les foyers primitifs. Le décollement complet de l'épiphyse ne nécessite pas la résection. La consolidation peut se produire; il faut placer le membre en extension. A la main et au pied, l'inflammation s'étend si rapidement qu'il est le plus souvent impossible de découvrir l'origine du mal, et le traitement est obligé de se limiter à de larges incisions. Dans deux cas d'arthrite tibio-tarsienne aiguë suppurée, survenue à l'époque de la puberté, l'auteur a incisé et drainé. Dans les deux cas, le calcanéum se nécrose et doit être enlevé presque en totalité. Les deux malades sont guéris. L'ostéomyélite est une septico-pyohémie et, dans quelque cas, la mort survient avant qu'aucune localisation se soit produite. Mais cela n'est pas une raison pour recourir au traitement local énergique lorsque la localisation s'est produite. PIERRE DELBET.

Sur une variété de périarthrite du genou. Inflammation de la bourse séreuse située sous le ligament rotulien, par TERRILLON (*Bullet. de la Soc. de chir., t. XV, p.* 656).

Terrillon a observé plusieurs exemples de cette affection, qui est caractérisée cliniquement par une déformation spéciale de la région antérieure du genou, gonflement sur les parties latérales du ligament rotulien qui bride la partie moyenne de la tumeur.

La petite masse placée de chaque côté du ligament est tendue, dépres-

sible, mais sans réductibilité; ordinairement pas de fluctuation; légère élévation de la température locale. Troubles fonctionnels souvent assez accentués, difficulté de la marche, flexion douloureuse. Quelquefois, contracture des fléchisseurs. Atrophie des muscles antérieurs de la cuisse, sans aucun phénomène d'arthrite.

L'affection ne se montre que chez des sujets jeunes, plus souvent chez les filles; souvent spontanée, parfois consécutive à un traumatisme, dans quelques cas à une contusion chronique par agenouillement répété. Influence très nette du rhumatisme.

Marche chronique, lente dans son évolution, rebelle à la plupart des traitements. Terrillon a employé la compression méthodique avec immobilisation pendant une douzaine de jours, puis massages et compression, enfin révulsifs, puis douches et bains sulfureux. Mais la maladie dure toujours plusieurs mois, et présente des rechutes inattendues après une guérison apparente assez prolongée. C. WALTHER.

Du traitement des hydarthroses par la ponction et l'injection, par FALCOZ. (*Arch. gén. de méd., sept.* 1889).)

L'auteur rapporte les observations de 16 cas d'hydarthroses traitées: 10 par la ponction simple, 6 par la ponction suivie de lavages antiseptiques. Sur ces 16 cas, il y a eu 13 succès complets, 1 insuccès et 2 résultats douteux. — L'auteur fait observer que le manuel opératoire exige des précautions antiseptiques très rigoureuses. RICHARDIÈRE.

I. — Des luxations divergentes du coude, par Louis PORQUIER (*Thèse de Paris, n°* 182, 1890).

II. — Luxations récentes de l'épaule en dedans, par J. HENNEQUIN (*Rev. de chir., n°* 1 *et suiv.*, 1890.)

I. — 11 cas seulement, dont 2 suivis d'autopsie, ont pu être rassemblés par l'auteur; il faut donc reconnaître la rareté de la luxation divergente du coude (radius en avant, cubitus en arrière). L'extrême raccourcissement avec élargissement du segment de l'avant-bras forment les signes pathognomoniques, ainsi que la constatation de la situation de l'humérus entre les deux os luxés, si le gonflement le permet. La réduction doit être faite séance tenante : plus tard, elle devient très difficile. L'auteur recommande des mouvements méthodiques dès qu'on les juge possibles, pour éviter une ankylose qui, dit-il, survient très rapidement. F. VERCHÈRE.

II. — Par ses recherches anatomiques et ses études cliniques fondées sur de nombreuses observations, Hennequin établit dans ce mémoire les propositions suivantes :

La luxation incomplète en dedans (luxation intergléno-coracoïdienne de l'auteur) peut exister sans déchirure de la capsule.

Les luxations complètes en dedans ne peuvent se produire sans une rupture plus ou moins étendue des faisceaux de renforcement. Sur le cadavre, quelle que soit l'étendue d'une déchirure linéaire verticale, la tête ne sort pas de sa cavité si ces faisceaux sont respectés.

Dans les luxations sous-coracoïdiennes, le ligament coraco-huméral est conservé en grande partie ou en totalité, de sorte que la déchirure

capsulaire, tout en comprenant un ou plusieurs faisceaux de renforcement, à son extrémité externe bordée par l'un d'eux.

Le ligament coraco-huméral tendu sert de point d'appui à l'humérus transformé en levier du premier genre dans le mouvement d'adduction. Il force la tête à se rapprocher du rebord glénoïdien antérieur et convertit la luxation sous-coracoïdienne pure ou postérieure en antérieure. Le procédé de Kocher n'est donc pas applicable lorsque ce ligament est rompu, à moins de le remplacer par une serviette mise dans l'aisselle et tirée en dehors ; encore faut-il que la luxation soit sous-coracoïdienne.

C'est la partie postéro-interne de la capsule qui, d'abord par son enroulement autour de l'humérus dans la rotation externe du bras (2e temps de Kocher), puis par sa tension exagérée due au mouvement d'élévation du membre en adduction antérieure (3e temps), constitue le plus puissant agent de réduction.

Cliniquement, il n'est pas possible d'établir une ligne de démarcation entre les luxations intra-coracoïdiennes de Malgaigne et les sous-capsulaires peu avancées.

On ne peut préciser la valeur de l'intervention des muscles dans les divers procédés de réduction puisqu'on manque du contrôle des expériences cadavériques. Le procédé de Kocher, le meilleur et le plus commode pour réduire les sous-coracoïdiennes primitives ou secondaires récentes, est applicable toutes les fois que la tête humérale est placée sous l'apophyse coracoïde, soit directement, soit un peu en avant ou en arrière, ou qu'elle a été amenée dans une de ces positions.

Exceptionnellement, la réduction des sous-coracoïdiennes récentes n'est obtenue que par les procédés de force. On donnera la préférence aux machines à traction continue, régulière et mathématiquement pondérée.

Le diagnostic des luxations compliquées de fracture doit être précoce, car la réduction est rarement obtenue après dix jours, quel que soit le procédé employé. Passé ce temps, il faut faire l'ablation de la tête ou attendre la consolidation complète de la fracture, c'est-à-dire environ trois mois avant de renouveler les tentatives. La fracture siège habituellement au col chirurgical, très rarement au col anatomique.

Après la réduction, fixation exacte du bras en adduction antérieure pendant 8 à 15 jours. Massage et mouvements passifs très peu de jours après la réduction.

La tendance au déplacement secondaire de la tête tient : 1° à la rupture d'équilibre des forces musculaires antagonistes (augmentation de la tonicité d'un côté, affaiblissement de l'autre; 2° à la condensation du tissu connectif interfibrillaire qui entrave l'allongement des muscles rétractés et le raccourcissement des muscles distendus ; 3° à la prolifération des tissus fibreux péri-articulaires. C. WALTHER.

I. — Zur Frage des « Dérangement interne » des Kniegelenks, par LAUENSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 9, *p.* 169; 1890).

II. — Étude sur les luxations des ménisques interarticulaires du genou, par BRAQUEHAYE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 *février* 1890).

I. — Un homme de 51 ans, ancien marin, souffre depuis huit ans de troubles fonctionnels intermittents du genou droit, troubles caractérisés surtout

par l'impossibilité d'étendre la jambe, et auxquels on remédie par les frictions et par une flexion énergique. Le 17 juin, l'auteur trouve le malade dans cette situation incommode, souffrant beaucoup. On ne découvre qu'un point spécialement douloureux à la partie interne ; pas d'épanchement.

Ouverture de l'articulation par une incision longitudinale, en dedans. En pliant fortement le genou, l'auteur reconnaît que l'insertion antérieure du ménisque interne est déchirée, ce qui a permis à celui-ci de se replier et de s'interposer à faux entre les surfaces articulaires. Suture du genou. Guérison par première intention. Cure de massage pendant quelques semaines. Guérison définitive. L. GALLIARD.

II. — Les luxations des ménisques interarticulaires du genou peuvent être externes ou internes et chacune d'elles peut avoir lieu soit en avant, soit en arrière ; la luxation antéro-externe est la plus fréquente ; le côté gauche est le côté le plus souvent atteint. Parmi les causes qui prédisposent à cette luxation, il faut citer l'enfance et l'adolescence, l'arthritisme, l'hydarthrose et surtout une luxation antérieure. Comme cause déterminante, les traumatismes et les mouvements de la jointure, qui relâchent les ligaments latéraux, doivent être en premier lieu mentionnés. Pour réduire ces luxations, il faut employer le procédé de Hey : flexion forcée, puis extension brusque, et on les maintiendra réduites, soit avec une bonne genouillère, soit avec un appareil limitant la flexion de la jambe. L'auteur rapporte 17 observations. OZENNE.

Ueber die Entstehungsmechanismus der Luxation bei der Vorderarmknochen mit gleichzeitiger Fraktur des Epicondylus externus..., par F. FISCHER (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXIX, p.* 371).

Fischer étudie le mécanisme de la luxation en arrière des deux os de l'avant-bras avec fracture simultanée de l'épicondyle et fait suivre ce travail de remarques sur le traitement des luxations invétérées du coude en arrière.

Il résulte de ses expériences cadavériques que la lésion en question se produit par l'hyperextension suivie de l'abduction forcée de l'avant-bras, la main étant fixée en pronation. Quatre observations de cette variété de luxation, trois concernant des enfants de 10 à 16 ans et une chez un adulte, ont été recueillies à la clinique de Strasbourg : dans tous ces cas, la réduction n'avait pu être obtenue et la luxation était déjà ancienne. Il fallut en venir, après des tentatives infructueuses de réduction, à l'arthrotomie et à la résection partielle du cubitus et du radius. Les résultats fonctionnels furent bons. Ces opérations permirent de constater que l'obstacle à la réduction immédiate est l'interposition aux surfaces articulaires des fibres déchirées du brachial antérieur et l'obstacle à la réduction consécutive la déformation rapide et caractéristique de l'extrémité supérieure du cubitus. Cette déformation consiste en l'atrophie de l'apophyse coronoïde et l'aplatissement antéro-postérieur de l'olécrâne, de telle sorte que la grande cavité sigmoïde disparaît en partie. Ces altérations rendent impossible l'emploi de la résection temporaire de l'olécrâne, suivant la méthode de Trendelenburg, comme moyen de réduction. Trois planches intéressantes accompagnent ce travail. DE SANTI.

I. — Operationen an paralytischen Gelenken (Opérations pour articulations paralysées), par KAREWSKI (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 49, p. 1074, 9 décembre* 1889).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Idem, n° 50, p. 1093, et n° 51, p. 1115, 16 et 23 décembre* 1889).

I. — Il est certains cas de paralysie infantile où le traitement orthopédique est inefficace ou inapplicable par raison pécuniaire. C'est alors qu'une intervention chirurgicale est justifiée. Les opérations qu'elle comprend sont de deux ordrés : 1° celles qui tendent à améliorer l'attitude de l'articulation, en lui conservant sa mobilité ; 2° celles qui tendent à l'immobiliser.

La première méthode opératoire n'a d'applications fructueuses que dans la luxation sous-pubienne paralytique. Cette affection, décrite par Verneuil et Reclus, a longtemps été méconnue ou discutée en Allemagne. Karewski a observé 5 malades de ce genre ; les machines ne leur sont guère utiles. Chez 4 d'entre eux, Karewski a fait l'opération suivante. A l'aide de l'incision longitudinale antérieure de Hueter, il a découvert l'articulation ; puis, après section des muscles contracturés, l'a ouverte, a coupé le ligament iléo-fémoral, soulevé les muscles insérés au grand trochanter et, par un mouvement d'adduction énergique, réduit la tête fémorale, après avoir, si besoin, agrandi la cavité cotyloïde avec la gouge. La réunion s'est toujours faite par première intention ; au bout de trois semaines, on commençait à imprimer des mouvements au membre et au bout de six semaines les opérés commençaient à marcher plus facilement et plus longtemps qu'auparavant. 3 d'entre eux ont même pu abandonner leur appareil, et ils marchent maintenant sans aide étrangère.

La méthode opératoire d'Albert ou arthrodèse (*R. S. M.*, XXI, 662) a un champ d'indications plus vaste ; jusqu'ici elle a été employée 33 fois. Karewski l'a faite 13 fois sur 9 malades. Comme elle prive les malades des mouvements d'une articulation, il est nécessaire de délimiter strictement les indications de l'arthrodèse. On ne l'emploiera que chez ceux traités inutilement par l'électricité ou le massage durant au moins un an, et où l'on peut ainsi faire disparaître ou atténuer des troubles fonctionnels irréparables. C'est pour les monoplégies brachiales, contre lesquelles les machines ne peuvent rien, que l'arthrodèse est surtout indiquée.

L'immobilisation de la jointure scapulo-humérale rend aux opérés les mouvements d'élévation et d'abaissement, ainsi que ceux d'adduction et d'abduction. Cette opération a été exécutée avec succès 1 fois par Wolff (*R. S. M.*, XXXI, 221), 1 fois par Heineke et 1 fois par Karewski lui-même. Chez son opéré, un enfant de 4 ans, paralysé depuis dix-huit mois, Karewski a immobilisé en même temps le coude, dont tous les muscles étaient devenus incapables de fonctionnement.

En ce qui concerne les membres inférieurs, l'arthrodèse n'a de raison d'être que pour le genou et le cou-de-pied. En effet, la laxité de l'articulation coxo-fémorale ne gêne pas par elle-même la marche, et d'autre part l'ankylose de cette jointure a des inconvénients majeurs.

Même pour le genou, les indications de l'arthrodèse se limitent rigou-

reusement aux cas suivants : 1° paralysie universelle des muscles du membre inférieur, s'étendant du bassin jusqu'à la plante du pied; 2° degrés très intenses de contracture des fléchisseurs avec altérations secondaires des extrémités articulaires; 3° degrés très intenses de genou recourbé qui gênent l'utilisation du membre.

Karewski a pratiqué 4 fois l'arthrodèse du genou, 2 fois pour le premier motif et 1 fois pour chacun des 2 autres. Les résultats ont été bons.

La jointure du cou-de-pied, bien qu'elle soit très favorable à l'emploi des appareils orthopédiques, peut cependant donner lieu à intervention chirurgicale, quand elle est relâchée ou contracturée et que les appareils mal tolérés occasionnent des escarres ou doivent être portés la vie durant. D'ailleurs, pour cette articulation, l'arthrodèse fournit précisément des résultats très favorables et bien supérieurs à ceux des appareils. Chez 3 de ses opérés, Karewski a immobilisé à la fois le genou et le cou-de-pied.

Lorsque les deux membres inférieurs sont paralysés, il y a lieu d'ankyloser les deux genoux. Dans 2 cas où il y avait un pied varus équin très résistant, Karewski a fait en outre l'opération de Phelps; 2 fois aussi il a immobilisé l'articulation de Chopart; enfin, chez un opéré, il a ankylosé l'articulation calcanéo-astragalienne.

A côté de l'amélioration de la marche, on obtient, par une arthrodèse heureuse, une diminution importante des troubles trophiques, et on peut même espérer, si l'opération a été pratiquée assez tôt, enrayer les troubles d'accroissement en longueur du membre. Tout au moins, chez deux petits malades opérés depuis 15 mois, le membre qui avait subi un arrêt de développement s'est remis à croître normalement après l'arthrodèse. Par elle-même, cette opération ne détermine des raccourcissements que de 1/2 à 1 centimètre.

Lorsqu'il est possible de maintenir par un bandage les extrémités articulaires avivées en contact durable, on peut se dispenser de la suture osseuse. Mais chez les jeunes opérés, où l'avivement ne produit que des plaies cartilagineuses, il est bon de fixer les extrémités articulaires avec des chevilles d'ivoire. Dans deux arthrodèses qui avaient laissé persister une certaine mobilité du genou, Karewski a obtenu la consolidation par l'emploi ultérieur des chevilles. Son arthrodèse du coude a nécessité également la même opération secondaire. Pour l'articulation scapulo-humérale, les expériences faites jusqu'ici enseignent qu'il faut suturer l'humérus avec des fils d'argent à l'omoplate et à l'acromion.

Dans le traitement consécutif, le drainage est superflu, si on a fait des sutures lâches. La guérison peut s'obtenir sous un seul pansement, mais on n'hésitera pas à le changer si des douleurs persistantes indiquent un commencement d'escarre. Habituellement, il suffit de six semaines pour que l'ankylose soit effectuée; toutefois il y a avantage à faire porter encore quelques mois aux opérés soit des bandages contentifs, soit des appareils à attelles légères. A la suite d'arthrodèses du genou, on n'a observé jusqu'ici ni contracture en flexion, ni troubles d'accroissement.

II. — Julius Wolff estime qu'il y a lieu de rabattre un peu l'enthousiasme des partisans de l'opération d'Albert, du moins quand elle a réellement pour résultat l'ankylose de l'articulation. Il ne la trouve

jamais indiquée pour l'articulation tibio-tarsienne, sur laquelle on obtient des résultats bien meilleurs et moins périlleux avec les appareils.

Pour le genou, il concède qu'elle est justifiée dans quelques cas d'impotence absolue du membre inférieur. Mais si le sort d'un être qui a un genou ankylosé est déjà peu enviable, que penser de celui des individus auxquels Albert, von Winiwarter, Petersen, etc., ont ankylosé les deux genoux, ou même en plus, les deux cou-de-pieds, comme Winiwarter. L'inventeur lui-même de l'arthrodèse, Albert, n'a pas eu l'intention d'améliorer le fonctionnement des membres de ses opérés; il a voulu simplement dispenser les malades peu aisés de recourir à des appareils coûteux.

Pour la hanche, Wolff n'admet que l'opération pratiquée par Karewski, rejetant l'ankylose pratiquée par Albert, Margary et autres.

Pour le coude, l'ankylose est un malheur encore plus grand que pour le genou. A plus forte raison, peut-on dire qu'il est heureux que ni Albert ni Karewski n'aient réussi dans leurs tentatives d'immobiliser à la fois l'épaule et le coude.

Sur l'épaule, Wolff a pratiqué 2 fois l'arthrodèse, mais ses deux malades ont conservé, ce dont il se loue, une certaine mobilité articulaire, l'opération d'Albert ayant échoué, à parler strictement. Du reste, elle n'a réellement réussi jusqu'ici qu'une seule fois, même entre les mains d'Albert, sur une jeune fille qui, dans le laps de 15 mois, s'était 9 fois luxé l'humérus. Or, dans ce cas, Wolff estime que la simple fixation de la tête humérale eût vraisemblablement suffi à empêcher la reproduction de la luxation. Pour émettre cet avis, il s'appuie sur son expérience personnelle, et d'abord sur un fait de luxation congénitale irréductible du tibia gauche sur la face antérieure du fémur, avec laxité simultanée de presque toutes les autres articulations du corps. Le tibia ayant toujours tendance à reprendre sa situation vicieuse, Wolff le fixa par un fil métallique au fémur, sans enlever le revêtement cartilagineux des extrémités articulaires. Au bout de cinq semaines, il put retirer le fil sans que la luxation se reproduisît dès lors. De même, dans un cas où il avait voulu faire l'arthrodèse de l'articulation acromio-claviculaire pour une luxation de la clavicule en haut, l'ankylose ne put être obtenue, mais la fixation suffit pour maintenir la clavicule en place.

Eulenburg propose de baptiser arthrorraphie l'opération de Wolff, bien différente, quant aux résultats, de l'arthrodèse. Elle a pour principal avantage de permettre un traitement par l'électricité et le massage, ce qui n'était pas possible avant l'opération. Chez l'adulte, au moins, Eulenburg croit que l'opération de Wolff n'a pas les inconvénients que lui reproche Schüssler (*R. S. M.*, XXXI, 222), et il la croit justifiée au niveau de l'épaule, dans les cas de paralysie avec écartement vertical de plus de 2 centimètres entre l'acromion et la tête humérale, parce que cet écartement gêne énormément ou même rend impossible tout traitement électrique ou mécanique.

Karewski répond au reproche de Remak de recourir trop tôt à l'arthrodèse, avant que toutes chances d'améliorations par des procédés médicaux soient épuisées, qu'une seule fois il a opéré après dix-huit mois de tentatives vaines d'électricité et de massage. Ses autres opérations ont été pratiquées : pour 3, 5 ans; pour 3, 7 ans, et pour les 2 autres, 13 et 18 ans après la luxation paralytique. J. B.

Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses. De l'emploi des antiseptiques, et en particulier du naphtol camphré, par REBOUL (*Thèse de Paris*, 1890).

Dans ce travail, très instructif et très consciencieusement fait, et dans lequel se trouvent résumées près de 300 observations, Reboul s'attache à démontrer la supériorité du naphtol camphré sur les autres antiseptiques comme agent thérapeutique dans le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses. Partant de ce principe que la désinfection de ces foyers d'infection bacillaire s'impose, afin de prévenir la récidive, l'auto-inoculation et la généralisation, il considère les solutions concentrées de naphtol et le naphtol camphré comme les solutions antiseptiques les plus puissantes et les moins toxiques.

L'action du naphtol camphré, qui n'a jamais déterminé d'intoxication même lorsqu'on en a employé 50 et 100 grammes, est certaine sur les lésions locales et probable sur l'état général. Son emploi en injections et dans les pansements n'est pas douloureux.

Lorsque les conditions sociales des malades ou l'état des lésions tuberculeuses ne permettent pas de fonder d'espérances sur le traitement conservateur, il faut avoir recours à une opération qui sera aussi économique que possible, en particulier chez les enfants. OZENNE.

Ueber Endresultate der Kniegelenkresektionen (Résultats définitifs de la résection du genou), par C. NEUGEBAUER (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXIX, p.* 379).

Ce travail, inspiré de celui de J. Bœckel, est basé sur l'étude de 101 observations recueillies pendant les huit dernières années à la clinique chirurgicale de Strasbourg et brièvement résumées ; elles se répartissent de la sorte : tuberculose ou arthrite fongueuse, 90 cas; arthrites aiguës, 6, et ankyloses, 5. La plupart des opérés étaient des enfants (89 ayant moins de 16 ans); quant au sexe, on remarque, comme dans d'autres statistiques (Willemer), un peu plus de garçons que de filles, 57 contre 44. La résection totale (enlèvement d'une tranche des deux extrémités osseuses) compte 71 cas; la résection partielle (extirpation de la synoviale, raclage des foyers ou résection d'une seule surface articulaire) en compte 30.

Résultats immédiats : morts, 10 (10 0/0) ; amputation secondaire de la cuisse, 9; guérisons incomplètes (avec trajets fistuleux ou membre ballottant), 18; guérisons parfaites (ankylose solide), 64. Or la guérison complète est plus fréquente à la suite des résections partielles que des résections totales, mais Neugebauer fait observer que celles-ci s'appliquent en général aux cas les plus graves; en effet les 10 morts concernent des résections totales.

Résultats définitifs : sur l'ensemble des 82 guérisons après résection Neugebauer a pu, à l'aide de recherches personnelles ou par correspondance, en retrouver 69. De ces 69 opérés, 8, qui avaient tous subi la résection totale, sont morts ultérieurement de tuberculose; restent 61 pour l'étude des résultats définitifs depuis quatre ans en moyenne. Or, ces résultats sont : guérisons persistantes, 52 ; récidives locales, 5; tuberculose interne 4. En outre, pour ce qui est de l'usage du membre opéré,

on trouve 47 bons résultats, 11 mauvais et 3 non spécifiés sur 61; sur ces 11 mauvais il y en a 3 pour cause d'ankylose angulaire et 8 de fort raccourcissement.

L'auteur étudie spécialement ces deux accidents et fait voir que les positions vicieuses sont plus fréquentes à la suite des résections partielles que des totales, tandis qu'au contraire les forts raccourcissements s'observent à la suite des résections totales. Toutefois il y a des faits inexplicables dans lesquels un raccourcissement considérable succède à une très discrète intervention; il faut admettre alors une affection de la zone épiphysaire indépendante de l'opération (Dollinger). Quoi qu'il en soit, si le sujet est jeune et si la résection a été partielle, on peut espérer que le raccourcissement diminuera. Neugebauer a dressé, à l'aide de ses observations, une série de tableaux dont la lecture permet de se rendre aisément compte des influences diverses de l'âge et de l'étendue de l'intervention chirurgicale sur le résultat définitif. DE SANTI.

Die Perforation des oberen Recessus bei der Patellarfraktur (Perforation du cul-de-sac sous-tricipital dans les fractures de la rotule), par RIEDEL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 12, *p.* 217; 1890).

Masing a fait remarquer qu'à la suite des fractures de la rotule, lorsqu'on emploie la compression élastique, l'épanchement sanguin peut disparaître en 24 heures. Riedel ne pense pas qu'une disparition aussi rapide puisse s'expliquer par la résorption. Pour lui, il y a dans ces cas déchirure du cul-de-sac sous-tricipital. Cette rupture, Riedel l'a constatée chez un malade qui succomba à une syncope chloroformique, au moment où on allait lui faire la suture de la rotule. Il y avait deux déchirures dont la plus grande mesurait trois quarts de centimètres. L'épanchement sanguin remontait le long de la cuisse entre le vaste interne et l'os. Dans un autre cas, la présence de cet épanchement a conduit Riedel à diagnostiquer la déchirure. Dans ses expériences, il a constaté que le sang doit s'épancher d'abord sous le vaste interne, et qu'il ne fuse qu'ensuite sous le vaste externe. Il ignore quelle est la fréquence de cette déchirure du cul-de-sac sous-tricipital. Mais si on constatait qu'elle n'est pas très rare, cela expliquerait: 1° pourquoi la ponction, qui réussit presque toujours dans les hémarthroses, échoue souvent dans les cas de fracture; 2° comment le massage donne de si merveilleux résultats. PIERRE DELBET.

I. — Der Klumpfuss und seine Folgen für das übrige Knochengerüst (Le pied-bot et ses conséquences pour le reste du squelette), par Hermann von MEYER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *p.* 35; 1890).

II. — Ueber die Behandlung des Genu valgum und varum, par J. WOLFF (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 50, *p.* 1017; 1889).

I. — Le pied plat et le pied bot ne sont que l'exagération des attitudes normales de pronation et de supination. Le pied plat, qui est l'effet du poids du corps, est une affection statique, tandis que le pied bot, résultant de l'action musculaire, est une affection dynamique.

Des trois phénomènes produits par le pied bot, déformation des os du pied, attitudes vicieuses et contractures des muscles et ligaments, c'est ce dernier qui est le premier en date, et les deux autres en dérivent.

De tous les muscles qui sont raccourcis dans le pied bot, c'est le muscle jambier postérieur dont le mode d'action suffit à lui seul pour expliquer la genèse de la difformité. Pour tous les autres muscles raccourcis, jambier antérieur, court péronier et muscles du mollet, une partie de leur action ne concorde pas avec l'attitude du pied bot; il faut donc considérer leur raccourcissement comme un effet secondaire.

Quant aux conséquences que le pied bot entraîne pour le reste du squelette, ce sont la rotation en dedans de la totalité du membre qui a pour suite l'usure des portions postérieure et externe de la surface articulaire de la tête fémorale, la plus forte inclinaison en avant du bassin et l'exagération de la lordose lombaire. J. B.

II. — L'auteur traite le genu valgum par le redressement progressif, mais d'une façon rapide; il n'attend pas trois ou quatre semaines pour renouveler les séances, il attend seulement deux ou trois jours. Il se sert, en outre, d'un appareil plâtré unique, auquel il fait une incision en dedans, au niveau de l'articulation, et qu'il mobilise avec le genou. Enfin, il fixe en dedans et en dehors de l'appareil une attelle en fer pourvue de charnières, de telle façon que le membre redressé jouisse de mouvements de flexion et d'extension quand on aura sectionné un segment annulaire de l'appareil plâtré.

L'appareil reste en place dix à douze semaines, mais au bout de quinze jours environ le redressement est déjà effectué et le sujet peut marcher. L. GALLIARD.

I. — Double pied bot varus congénital traité par l'extirpation de l'astragale et la résection de la partie antérieure du calcanéum, par P. BERGER (*Bull. de la Soc. de chirurgie, XVI, p.* 55).

II. — Traitement du pied bot invétéré, par NÉLATON (*Ibidem, p.* 61).

III. — Pieds bots paralytiques anciens traités par l'extirpation de l'astragale ou du scaphoïde, par JALAGUIER (*Ibidem, p.* 66).

IV. — 1° Sur le traitement du pied bot par ablation de l'astragale et de différents os du pied, par ROMICEANU ; 2° intervention chirurgicale dans les cas de pied bot varus équin congénital , par PIÉCHAUD , rapport par L.-CHAMPIONNIÈRE (*Ibidem, p.* 89).

V. — Traitement du pied bot par la méthode de Phelps, par KIRMISSON (*Ibidem, p.* 113).

VI. — Du pied bot phlébitique, par Jean PAULIN (*Thèse de Paris, n°* 218; 1890).

I. — Enfant de 9 ans atteint d'un double pied bot varus très accentué avec léger équinisme. L'extirpation de l'astragale avec résection de 2 centimètres et demi de l'extrémité antérieure du calcanéum donna un excellent résultat. Correction complète de l'équinisme et de l'enroulement.

II. — Nélaton montre, par l'examen d'un certain nombre de pièces anatomiques et par l'étude détaillée des causes d'irréductibilité constatées au cours des opérations, qu'il existe toujours sur la facette externe de l'astragale émergeant de la mortaise tibio-péronière une saillie osseuse venant buter contre la malléole péronière et empêchant le redressement du pied.

L'obstacle à la correction du varus tient : 1° à la saillie de l'astragale;

2° à la subluxation du cuboïde sur le calcanéum, luxation maintenue sur la rétraction des ligaments plantaires calcanéo-cuboïdiens. Lorsque cette subluxation est accentuée, la méthode de Phelps ne peut suffire à redresser le pied. L'ablation du cuboïde n'est pas nécessaire, et il suffit de réséquer la quantité nécessaire de la grande apophyse du calcanéum.

Nélaton restreint au minimum les résections osseuses, n'enlevant du squelette que les portions bien déterminées qui gênent le redressement.

Pour corriger l'équinisme, il n'est pas besoin d'extirper l'astragale; il suffit de faire disparaître la cale osseuse développée sur la facette externe. Pour corriger le varus, la section des parties molles par la méthode de Phelps est insuffisante, l'extirpation de la tête et du col de l'astragale ne donne qu'un résultat incomplet, et il faut y ajouter la résection d'un centimètre à un centimètre et demi de la grande apophyse du calcanéum.

III. — Deux observations de pieds bots paralytiques anciens : 1° double pied bot varus équin. Extirpation des astragales, guérison; très bon résultat fonctionnel; 2° pied bot valgus; déviation de l'avant-pied en dehors. Extirpation du scaphoïde. Guérison. L'enfant, âgée de 12 ans, opérée il y a trois mois, peut faire quatre kilomètres à pied sans fatigue.

IV. — Lucas-Championnière est partisan des opérations très larges : extirpation de l'astragale et de tous les os du tarse qui prennent part à la difformité. Cette opération ne saurait être comparée en aucun cas avec les opérations incomplètes qui portent sur les tendons ou sur les ligaments. Il y a lieu de l'appliquer non seulement aux déformations très graves, mais à toutes celles qui demanderaient un long traitement par appareils et ténotomie. Chez les petits enfants, les conditions d'exécution sont très favorables.

Les pieds privés de l'astragale et même de plusieurs os du tarse sont très propres à la marche et ne diffèrent même pas d'aspect du pied normal dans la proportion que l'on avait prévue.

V. — Les résections osseuses doivent être réservées pour le pied bot invétéré que l'on traite dans le cours de l'adolescence et de la seconde enfance; mais chez les très jeunes enfants et jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans, la section des parties molles doit mériter la préférence. Elle réussit, par le procédé de Phelps, à rendre au pied sa forme et son fonctionnement réguliers. C. WALTHER.

VI. — Cette variété de pied bot ne semble pas encore avoir attiré l'attention des pathologistes. La phlébite, quelle que soit sa cause, en paraît bien évidemment l'origine, et le fait semble évident dans les quatre observations que rapporte l'auteur. Le pied bot phlébitique, outre les déformations des pieds bots ordinaires, présente comme caractéristique une contracture des fléchisseurs qui donne aux orteils une forme en griffe toute particulière. La disposition anatomique des veines intramusculaires de la jambe peut rendre compte de la pathogénie invoquée par l'auteur, qui admet une propagation directe de la périphlébite aux fibres musculaires, d'où rigidité et contracture, puis dégénérescence et rétraction. Dans quelques cas on peut admettre de même une propagation aux filets nerveux intramusculaires.

Le chirurgien devra penser à cette difformité possible dans les cas de phlébite pour la prévenir au moyen d'appareils appropriés en tenant

compte du danger d'embolies et des troubles trophiques. Le pied bot établi devra être traité par le massage et l'électricité. VERCHÈRE.

Traité élémentaire des maladies des voies urinaires, par E. DESNOS (*Un vol. in-18, Paris*, 1890).

Ce manuel résume d'une façon claire et concise l'enseignement de Guyon et les divers travaux qu'a fournis l'école de Necker depuis plus de vingt ans. L'auteur y a joint le fruit de son expérience personnelle, et il est arrivé à présenter au public médical un livre essentiellement pratique, surtout au point de vue du diagnostic et du traitement, sans négliger toutefois les autres chapitres de la pathologie urinaire en ce qu'ils ont d'indispensable à l'intelligence clinique de ces affections spéciales.

L'ouvrage est divisé en cinq parties.

La première débute par une courte étude anatomo-physiologique de l'urètre et de la prostate, destinée à faciliter l'exposé des différents modes d'exploration de ces deux organes, notamment le toucher rectal et le cathétérisme. Les règles et la technique de ce dernier sont nettement formulées, et l'auteur, à ce propos, passe en revue les divers modèles de sondes et de bougies vraiment utilisables dans la pratique. Après ce préambule nécessaire, viennent les affections de l'urètre, les traumatismes et les urétrites d'abord, suivis de leur conséquence si fréquente, les rétrécissements ; puis les infiltrations d'urine et les abcès urineux, quelle qu'en soit la cause, les fistules de l'urètre et les poches urineuses. Cette première partie se termine par l'étude des tumeurs, des corps étrangers et des vices de conformation de l'urètre.

La deuxième partie comprend les maladies de la prostate, c'est-à-dire les lésions traumatiques et les affections inflammatoires aiguës et chroniques, les dégénérescences (tubercules, cancer, kystes et calculs), et enfin cette grande catégorie d'altérations séniles qui s'appelle l'hypertrophie de la prostate.

Les maladies de la vessie sont étudiées dans la troisième partie, que l'auteur commence par un résumé court et pratique de l'anatomie et de la physiologie vésicales. L'exploration clinique de l'organe par le palper, par la sonde et par l'éclairage électrique forme un autre chapitre. Puis sont successivement exposées les différentes affections du réservoir urinaire, entre autres les cystites, les calculs et les tumeurs, ces dernières constituant une branche tout à fait nouvelle de la pathologie vésicale, principalement au point de vue de l'intervention chirurgicale.

C'est encore sur des données très récentes qu'est basée l'exploration du rein et de l'uretère, qui sert d'introduction à la quatrième partie de l'ouvrage. Celle-ci est consacrée aux affections chirurgicales de ces deux organes, et elle est tout particulièrement intéressante, car la chirurgie rénale ne date réellement en grande partie que de quelques années.

La cinquième partie constitue une étude séméiologique d'ensemble sur les symptômes et accidents communs à diverses affections des voies urinaires, par exemple la congestion de l'appareil urinaire, l'intoxication urineuse, les troubles de la miction, les modifications des urines : elle se termine par un appendice comprenant l'analyse histologique, physique et chimique de l'urine. R. JAMIN.

Rein mobile et néphropexie, par TUFFIER (*Arch. gén. de méd., janvier* 1890).

Les reins flottants, selon Tuffier, sont rarement justiciables de l'intervention sanglante parce que : 1° ils sont souvent indolents ; 2° les douleurs qui les accompagnent peuvent être indépendantes du déplacement de l'organe. Lorsqu'ils deviennent douloureux par leur luxation ou par les accidents gastro-intestinaux qu'ils provoquent, il faut d'abord essayer des appareils prothétiques (bandages à pelote rénale). Si ceux-ci échouent, c'est à la néphrorraphie ou néphropexie qu'il convient de recourir. Cette opération comprend : 1° l'incision de la paroi lombaire jusqu'au rein; 2° la fixation directe du parenchyme rénal par deux points de gros catgut ou de soie stérilisée, et la décortication du parenchyme ; 3° la fixation du côlon; 4° la fermeture en étage de la paroi; le malade est ensuite tenu au repos absolu dans le décubitus dorsal pendant une vingtaine de jours. La néphrectomie doit être réservée aux malades chez lesquels l'opération conservatrice a échoué. R. JAMIN.

I. — Études expérimentales sur la chirurgie du rein, par TUFFIER (*Un vol. in-8, Paris*, 1889).

II. — Les incisions chirurgicales du rein, par ROBINEAU-DUCLOS (*Thèse de Paris, février* 1890).

I. — Les expériences de Tuffier ont trait à la néphrectomie, à la néphrorraphie et à l'uretérotomie.

En ce qui concerne la néphrectomie, l'auteur, en enlevant successivement, de deux mois en deux mois par exemple, des fragments de rein chez un même animal, est parvenu à démontrer qu'il faut en moyenne 1 gramme à 1^{gr},50 de parenchyme sécrétant par kilogramme de substance animale à dépurer. Par cette méthode des résections successives, on arrive même à supprimer finalement le poids total des deux reins sans accidents consécutifs. Après la néphrectomie, l'hypertrophie compensatrice, véritable régénération glomérulaire, évolue rapidement, à condition que le parenchyme restant soit normal.

Dans le chapitre consacré à la néphrorraphie, Tuffier montre tout d'abord que, dans le cas de rein flottant, la fixation de l'organe doit être préférée à son ablation. Si cette fixation a souvent échoué, la faiblesse de la cicatrice est la cause de cet échec. Pour obtenir une cicatrice résistante, il faut : 1° décortiquer partiellement le rein, c'est-à-dire enlever un ou des lambeaux de la capsule fibreuse qui joue le rôle d'isolateur ; 2° suturer directement le parenchyme rénal à la paroi lombaire.

Les incisions chirurgicales du rein sont ensuite étudiées dans tous leurs détails opératoires : l'auteur insiste surtout sur la réunion des plaies du rein par première intention et sur son importance dans la néphrotomie et dans les fistules réno-cutanées. Cette étude de physiologie pathologique sur la cicatrisation comprend également les contusions du rein, ainsi que l'évolution et la réparation de ces traumatismes. Tuffier a même généralisé ces recherches à toutes les plaies glandulaires.

Enfin, comme appendice à la chirurgie expérimentale du rein, l'auteur étudie l'uretérotomie, et notamment la direction à donner aux incisions de l'uretère, les plaies transversales de ce conduit se réunissant très dif-

ficilement, les plaies longitudinales nécessitant une minutieuse et difficile suture de Lembert.

II. — D'après une série d'expériences pratiquées par Tuffier et onze observations cliniques rapportées les unes et les autres dans cette thèse, l'auteur conclut que si, dans un but curateur ou en vue d'une exploration, on veut inciser un rein non abcédé et ayant conservé tout ou partie de ses fonctions, c'est non pas sur le bassinet, mais bien sur le parenchyme et le long du bord convexe de l'organe qu'il faut inciser, l'incision devant être d'ailleurs pratiquée au bistouri. Toute autre incision, en effet, expose à l'hémorragie d'abord, et ensuite à la dégénérescence ultérieure des éléments fonctionnels de l'organe. Si néanmoins l'hémorragie se produit, les moyens à lui opposer sont la compression du pédicule vasculaire d'une part, et la suture de la plaie d'autre part, celle-ci permettant en outre d'éviter la fistule en amenant une réunion complète immédiate.

R. JAMIN.

I. — **La capsule adipeuse du rein au point de vue chirurgical, par TUFFIER** (*Revue de chirurgie, n° 5, p.* 390; 1890).

II. — **A rare specimen of polycystic degeneration of the kidney, par WEIR** (*N. York med. journ., p.* 158, 8 *février* 1890).

III. — **Grand kyste séreux du rein gauche. Ablation du rein, par TERRIER** (*Revue de chirurgie, n° 7, p.* 545; 1890).

IV. — **Néphrectomie pour un kyste sous-capsulaire, guérison, par A. MALHERBE** (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mai* 1890).

V. — **Twenty five cases of nephrectomy by abdominal section, par Knowsley THORNTON** (*Medico-chir. Transact., LXXII, p.* 289; 1889).

VI. — **Abdominal nephrectomy... (Ablation d'un volumineux sarcome de la capsule du rein gauche ou de la capsule surrénale), par Knowsley THORNTON** (*Brit. med. j., p.* 665, 22 *mars* 1890).

VII. — **Nephrectomy, par MYRTLE** (*Brit. med. j., p.* 782, 5 *avril* 1890).

VIII. — **Guérison d'une fistule urinaire consécutive à une néphrectomie, par TUFFIER** (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XVI, p.* 41).

IX. — **Ueber Anheftung der Wanderniere (De la néphrorraphie pour reins mobiles), par COURVOISIER** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 6, p.* 184, 15 *mars* 1890).

I. — L'atmosphère adipeuse du rein présente une localisation spéciale autour de la glande; c'est en arrière et aux extrémités du rein qu'elle prédomine. C'est également dans ces régions que siègent les suppurations périnéales, et c'est là qu'aboutissent les trajets fistuleux qui leur font suite. Elle subit des modifications de volume et de consistance, suivant l'état normal ou pathologique du rein ou du sujet.

Cette graisse est molle, fluide, incapable de fixer chirurgicalement l'organe; elle est difficile à déchirer et met obstacle à la dénudation du rein. Elle est destinée à permettre les mouvements d'expansion et de translation de l'organe, mais sa fluidité la rend facilement dissociable par les suppurations; les épanchements sanguins traumatiques trouvent à son niveau une vaste surface où ils peuvent diffuser largement.

Les antiseptiques, versés à son niveau, s'infiltrent dans la graisse, y sont rapidement absorbés et peuvent provoquer de graves accidents.

C. WALTHER.

II. — Weir a enlevé à une femme de 33 ans un rein polykystique mesurant 10 pouces de long, 5 de large et 4 d'épaisseur. Les kystes varient du volume d'un pois à celui d'une petite orange.

L'opérée ne souffrait que depuis 8 mois. La tumeur, située à gauche, était continue avec la rate. On trouvait dans l'urine un peu d'albumine, pas de cylindres.

Après la néphrectomie, guérison rapide. Le rein droit est donc sain.

L. GALLIARD.

III. — A propos d'une observation de kyste séreux du rein traité par la néphrectomie, Terrier et Delagenière résument en caractères les grands kystes séreux ou séro-sanguins du rein.

Le contenu est variable ; toutefois, contrairement à tout ce qui a été dit, il paraît n'être pas très rare d'y rencontrer de l'urée, ce qui s'expliquerait par leur origine glandulaire. L'absence de l'urée ne démontrerait pas d'ailleurs l'origine extra-glandulaire, la sécrétion normale du rein pouvant être altérée et modifiée par suite de l'oblitération des tubes urinifères. L'origine sanguine de l'urée contenue dans le liquide kystique n'est qu'une kypothèse fort discutable.

La présence du sang dans le kyste n'est pas due à un traumatisme. Les hémorragies intra-kystiques sont attribuables à l'artério-sclérose et à des ruptures de petits vaisseaux du tissu rénal qui forme la paroi kystique, tissu atteint de néphrite interstitielle, comme l'a observé Terrier.

Le kyste peut passer complètement inaperçu s'il n'a pas un volume suffisant pour déterminer des accidents de compression.

Quand le kyste est très volumineux, le diagnostic avec les kystes de l'ovaire, du foie ou du mésentère ne peut quelquefois être établi que par la ponction exploratrice.

La ponction simple, la ponction suivie d'injection iodée, ne peuvent suffire à guérir ces kystes.

La néphrotomie, ou plutôt la kystotomie, est la méthode de choix. Elle sera faite avec fixation des parois, soit en arrière, au niveau des lombes, soit latéralement au flanc, soit en avant, selon que la tumeur est plus facilement accessible par l'un de ces points.

Exceptionnellement, on sera autorisé à pratiquer la néphrotomie, quand le kyste est volumineux et qu'il a atrophié la plus grande partie du rein ; à plus forte raison quand son volume est tel que la tumeur a été prise pour un kyste ovarique.

C. WALTHER.

IV. — Jeune homme de 28 ans, sujet depuis plusieurs années à des douleurs aiguës revenant par accès, qu'on prend pour des coliques néphrétiques, bien qu'il n'y ait jamais eu de graviers rendus ; abondantes hématuries il y a dix ans. Tout à coup, avec des symptômes fébriles, le côté gauche de l'abdomen augmente de volume en quelques jours. Des ponctions répétées retirent chaque fois 2 à 3 litres de liquide séro-sanguinolent. Au palper, il semble qu'il s'agit d'une hydronéphrose : on incise donc la région lombaire, et l'on trouve le rein baignant dans une vaste poche kystique renfermant 3 à 4 litres de liquide citrin. Le rein est enlevé avec la poche. Celle-ci n'était autre qu'un kyste développé entre la capsule fibreuse et le parenchyme du rein. L'opéré, revu 7 mois après après la néphrectomie, a engraissé et se porte bien ; il rend chaque jour environ 2 litres d'urine normale. R. JAMIN.

V. — Thornton relate une série de 25 cas de néphrectomie opérés par la méthode abdominale, avec 5 morts, soit une mortalité de 20 0/0. Le détail de toutes les opérations est mentionné avec leurs traits les plus intéressants. Quatre de ces cas concernent des hydronéphroses; à cette occasion l'auteur compare la néphrectomie à la néphrotomie suivie de drainage, qu'on a recommandée en pareil cas comme une méthode plus inoffensive. Il donne incontestablement la préférence à la néphrectomie, qui n'entraîne pas à sa suite une fistule intarissable ni de l'incontinence d'urine. Il insiste sur l'utilité d'amener l'uretère sectionné au niveau de la plaie externe : de cette façon, la plupart des accidents consécutifs de la néphrectomie sont évités. Il proscrit aussi, autant que possible, la ponction préalable de la poche kystique; il est plus facile d'extraire en totalité le rein distendu que le rein affaissé et vidé par la ponction.

Quelques cas ont été opérés par l'incision médiane abdominale : une seule fois les difficultés de l'opération n'en permirent aucune. L'incision latérale, le long du côlon, n'a pas donné de bons résultats; le drain placé dans la plaie finit par ulcérer le côlon et par produire une fistule stercorale.

La néphrectomie est surtout applicable à l'hydronéphrose calculeuse et à la tuberculose rénale : elle est contre-indiquée dans les volumineuses tumeurs malignes du rein. Un des insuccès de l'auteur a trait à un cas où le rein sarcomateux avait envahi le diaphragme et pénétré dans la cavité pleurale.

Les sarcomes qui attaquent la capsule périrénale sont en général d'un développement lent et ne donnent pas lieu à des hématuries, au moins tout d'abord; celles-ci sont une complication tardive. Quand le diagnostic en devient possible, presque toujours il est trop tard pour les opérer efficacement. H. R.

VI. — Femme de 36 ans, portant une volumineuse tumeur dans le flanc gauche. Keith avait diagnostiqué une mégalosplénie et employé l'électricité; Thornton supposa une tumeur rénale ou périrénale, de nature probablement sarcomateuse. L'opération fut faite le 11 avril et présenta de grandes difficultés, en raison des vaisseaux énormes qu'il fallut lier et des adhérences à la rate et au pancréas. La tumeur pesait 20 livres et était contiguë au rein, lequel fut trouvé normal et situé inférieurement. Suites de l'opération pénibles en raison de l'accumulation du gaz dans le côlon descendant, puis de complication de congestion pulmonaire; finalement, guérison en 6 mois.

H. R.

VII. — L'intérêt de ce cas est qu'il a trait à une femme qui avait subi en 1882 une double ovariotomie. Pendant cinq ans elle eut une santé parfaite, puis se déclarèrent des symptômes de tumeur rénale diagnostiquée sarcome. Thornton fit l'ablation du rein, qui pesait 20 livres. La plaie guérit vite, mais l'état général resta mauvais et la température élevée. Un mois après on s'aperçut que le diaphragme était paralysé : la malade toussait convulsivement. On supposa que la branche gauche du phrénique avait été coupée pendant l'opération. Dans un accès de toux, il se fit une vomique de pus fétide, et la malade évacua plus d'un demi-litre de pus dans les douze heures. Ce fut le signal de la guérison. Il s'était fait un abcès sous-diaphragmatique qui s'était fait jour dans les bronches en déterminant une paralysie du diaphragme.

R. R.

VIII. — Pour une fistule consécutive à une néphrotomie, fistule profonde

de 7 à 8 centimètres, par laquelle l'urine sortait en grande abondance, mais toujours sans aucune goutte de pus, Tuffier tenta et obtint l'oblitération par le procédé suivant :

Pour éviter de cheminer à travers un tissu cicatriciel épaissi et induré, incision longitudinale parallèle à l'incision de la néphrotomie et située à deux travers de doigt environ au-devant d'elle. Isolement du rein de sa capsule graisseuse, séparation du trajet fistuleux qui lui adhère ; le rein, complètement mobilisé, est attiré dans la plaie; l'orifice est avivé, puis oblitéré par 5 points de catgut. Sutures au catgut des plaies musculaires. Sutures de la peau au crin de Florence. Drain allant jusqu'à la surface du rein.

Guérison complète. A aucun moment il ne s'écoula d'urine pendant le trajet du drain. C. WALTHER.

IX. — Courvoisier a fait 7 néphrorraphies, dont 6 pour reins mobiles, parmi lesquelles une seule chez un homme. Les cinq femmes étaient âgées de 25 à 39 ans. Presque toujours le rein (droit) se trouvait au-dessous de l'ombilic, le long de la paroi abdominale postérieure.

Courvoisier pratique l'opération de la façon suivante : incision lombaire de Simon ; section assez large des muscles ; ligatures ; section des nerfs lombaires sur la capsule ; incision du feuillet péritonéal recouvrant le tissu graisseux du rein. (Courvoisier n'a pas recours à la résection costale préconisée par de Paoli, car elle peut conduire à léser la plèvre.) Ouverture de la capsule graisseuse du rein. Dans deux opérations, le péritoine fut ouvert sans suites fâcheuses. Chez l'homme, qui était emphysémateux, le sac pleural fut incisé, parce qu'il descendait, jusqu'à la douzième côte. La suture du rein ne doit pas être effectuée trop haut si on veut éviter une récidive. Courvoisier applique de 8 à 10 fils de soie à une profondeur de 1/2 à 1 centimètre dans le parenchyme rénal. Enfin, pour terminer, les sutures musculaires.

La guérison eut toujours lieu par première intention, apyrétiquement ou avec une fièvre insignifiante. Deux opérés eurent une forte hématurie, quatre aucune ; jamais l'urine ne sortit par la plaie. En général les douleurs causées par la plaie ont été vives. La guérison n'a jamais eu lieu avant le 37e, et le plus souvent seulement du 46e au 58e jour.

Dans la discussion, Roth déclare que les 2 seuls cas qui lui avaient été remis pour autopsie avec le diagnostic de reins mobiles étaient en réalité l'un un cancer de l'estomac, et l'autre un lobe droit mobile du foie. Il a d'ailleurs pu à l'amphitéâtre constater la fréquence de la mobilité du rein, portant presque toujours sur le droit et presque exclusivement chez des femmes ayant le foie étranglé par le corset. (*R. S. M.*, XXIV, 309 ; XXIX, 672 ; XXXI, 235, 679 et 682; XXXIII, 638.) J. B.

Traitement chirurgical des pyonéphroses, par E. BUREAU (*Thèse de Paris, mars* 1890).

Après avoir établi que dans tous les cas de pyonéphrose une intervention chirurgicale est nécessaire, Bureau montre que les ponctions capillaires aspiratrices, plus ou moins répétées, et le drainage par une canule à demeure ne peuvent être regardés comme une méthode générale de traitement. Quant aux cas de lavage du bassinet par la méthode de Bozeman, ils sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse juger de la valeur de ce procédé.

Le traitement par excellence des pyonéphroses est, d'après l'auteur,

la taille rénale ou néphrotomie, qui, sans faire courir au malade de risques sérieux, permet de traiter directement le rein; les incisions, le contact de l'air ni les injections de liquides modificateurs ne déterminant du côté de l'organe aucun trouble physiologique.

Comme son maître Guyon, Bureau recommande de pratiquer la néphrotomie par la région lombaire, malgré les deux inconvénients que présente cette voie, à savoir la formation de collections purulentes périnéphrétiques par inoculation secondaire de la capsule adipeuse, et ensuite la persistance d'une fistule rénale.

Pour obvier au premier de ces accidents, l'auteur conseille la suture de la substance même du rein ou de sa capsule propre aux lèvres de la plaie cutanée ou, si la périnéphrite s'oppose à la mobilisation de l'organe, l'absence de la réunion de la plaie avec pansement à plat.

Les fistules consécutives à la néphrotomie sont fréquentes. Si elles sont urinaires, dès que la suppuration a cessé ou très notablement diminué, et après s'être assuré de la perméabilité de l'uretère, on doit faire l'extirpation du trajet fistuleux et tenter la réunion du rein par première intention après avivement de son tissu. Au cas ou l'uretère est complètement oblitéré, on ne peut que recourir à la néphrectomie secondaire ou laisser la fistule persister suivant les indications fournies par l'état du rein opposé.

Si la fistule donne issue, non pas à l'urine, mais seulement au pus, il faut diriger son intervention vers les foyers périnéphrétiques qui entretiennent la suppuration, et alors les extirper ou les inciser largement.

Dans les énormes pyonéphroses devenues de véritables tumeurs abdominales, la néphrotomie primitive transpéritonéale pourra seule donner des résultats satisfaisants. R. JAMIN.

Traitement de la cystite tuberculeuse, par GREIWER (*Thèse de Paris, mars* 1890).

Tous les tuberculeux vésicaux doivent être soumis à un traitement médical dont l'iodoforme et la créosote forment la base et qui donne toujours des résultats satisfaisants.

Quant au traitement local, on ne doit y avoir recours qu'avec beaucoup de circonspection : il faut savoir ne pas abuser des lavages vésicaux, s'abstenir de tout cathétérisme, si possible, et de toute instillation argentique ou autre.

Le traitement chirurgical curatif, que contre-indique la présence d'un rein suspect, peut donner de bons résultats quand l'affection est purement vésicale. Dans ce cas, il faut, avant l'opération, saturer l'organisme d'iodoforme et le relever par une médication tonique et reconstituante; l'intervention sera alors aussi radicale que possible à l'aide de la taille hypogastrique, suivie du grattage de la muqueuse et de sa cautérisation au fer rouge. Une vingtaine d'observations, dont plusieurs personnelles, viennent à l'appui de cette manière de voir. R. JAMIN.

Kyste hydatique développé entre la vessie et le rectum dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, par BAUDET (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 *février* 1890).

Jeune homme de 16 ans, ayant eu, comme antécédents, une fièvre typhoïde, une éruption d'urticaire intermittente qui dura 6 mois, et il y a un

an, une incontinence d'urine pendant 3 mois. A l'examen direct on trouvait une tumeur intra-abdominale médiane, remontant jusqu'à l'ombilic et se perdant dans le petit bassin; arrondie, mate, rénitente et fluctuante, elle comprimait le rectum et aplatissait en avant la vessie, qu'elle refoulait en haut, et dont le cathétérisme était impossible avec une sonde métallique. Par le toucher rectal la prostate ne pouvait être perçue. La vessie ayant été préalablement vidée au moyen d'une sonde molle, une ponction abdominale donna issue à un liquide clair, limpide, sans albumine, et contenant du chlorure de sodium et une grande quantité de scolex de tœnia, sans crochets libres.

Après cette ponction, la prostate devint perceptible. L'auteur place le siège de ce kyste hydatique entre le rectum et la vessie dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. OZENNE.

Injuries of the bladder... (Blessures de la vessie pendant la laparotomie), par Reeves JACKSON (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 254, 22 *février* 1890).

L'étude de 67 observations (brièvement rapportées) dans lesquelles la vessie a été blessée au cours d'une laparotomie montre un taux de mortalité de 30 0/0. Mais ce taux élevé est dû aux complications, à la gravité des cas, à la prolongation de l'opération occasionnée par la blessure de la vessie, au choc, plutôt qu'à la lésion vésicale elle-même, qui paraît de peu d'importance, et guérit le plus souvent sans entraîner de fistule urinaire.

Employer le cathéter si possible, ne prolonger l'incision de la paroi vers le pubis qu'après avoir déterminé le siège de la vessie, qu'on aura légèrement distendue, quitte à la vider après l'avoir reconnue, — voilà les précautions recommandées, mais parfois insuffisantes pour éviter la blessure de l'organe lorsque existent des adhérences de la surface péritonéale de la vessie dilatée avec la paroi abdominale.

R. Jackson est partisan de la suture complète, et évacuation de l'urine toutes les 3 heures : ce n'est qu'exceptionnellement qu'il y aura lieu de fixer les lèvres de la plaie vésicale à celles de l'incision de la paroi abdominale. MAUBRAC.

Die Blasen-Harnröhrennaht... (Suture de la vessie et de l'urètre avec réunion du pubis dans les cas d'ectopie vésicale), par G. PASSAVANT (*Arch. f. klin. Chir.*, *XL*, *fasc.* 1, *p.* 1).

Le mémoire de Passavant, qui n'est que la suite d'un précédent travail, commence par des considérations anatomiques et pathogéniques sur l'exstrophie de la vessie. Il pense que la cause de l'exstrophie est l'absence de réunion des pubis. Quant à la cause de cette absence de réunion, elle est absolument inconnue. L'auteur montre comment elle modifie la situation de la verge et comment elle peut entraîner une insuffisance du sphincter anal. Après avoir décrit la ceinture dont il se sert pour rapprocher les os du bassin et le nouvel appareil qu'il a fait construire pour recueillir l'urine, Passavant arrive à l'opération elle-même. Il déclare tout d'abord qu'il n'est jamais arrivé au résultat idéal, c'est-à-dire la réfection de l'urètre et d'une vessie capable de contenir l'urine. S'il a échoué dans les trois cas qu'il a rencontrés, ce n'est pas en raison des difficultés de la méthode, mais pour des circonstances tout à fait accessoires. Il traite en ce moment un enfant de 6 ans. S'il n'a pas

attendu, pour faire cette publication, le résultat du traitement, c'est, dit-il, parce que, à 75 ans, remettre est chose bien incertaine. L'opération ne doit être entreprise que lorsque l'action de la ceinture a amené les deux pubis au contact, et elle doit être faite en deux temps. Dans le premier temps, on refait la vessie avec son appareil sphinctérien et l'urètre chez la femme, et on suture les pubis. Dans le second temps, on réunit les parties extérieures et on refait l'urètre chez l'homme. On peut même diviser en deux le premier temps. Mais il faut toujours suturer les pubis avant de tenter la réunion de l'appareil sphinctérien. Pour les détails des différents temps opératoires, il faut se reporter au mémoire original. Le second acte, qui consiste principalement dans le traitement de l'épispadias, est fort compliqué, car Passavant tient à ce qu'on ramène les corps caverneux par-dessus l'urètre. Parmi les dangers de l'opération, il insiste tout particulièrement sur celui qu'il y a à placer des cathéters à demeure dans les uretères. Cette manœuvre entraînerait presque fatalement des pyélites mortelles. Il en rapporte des exemples personnels, et en cite un autre qui a été publié par Vogt de Greifswald. Ce mémoire se termine par des considérations sur les sutures, qui, ainsi que l'auteur le déclare, ne se rapportent pas directement à la question de l'exstrophie.

PIERRE DELBET.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

De l'angine scarlatineuse pseudo-diphtéritique, par SEVESTRE (*Soc. méd. des hopitaux*, 9 *mai* 1890).

Sevestre conclut d'un certain nombre de faits recueillis, soit aux Enfants assistés, soit à l'hôpital Trousseau : 1° que chez les sujets atteints de scarlatine on peut observer, dans les premiers jours de la maladie, une angine pseudo-membraneuse spéciale; 2° que cette angine précoce, malgré l'analogie parfois frappante qu'elle offre au point de vue morphologique avec l'angine de la diphtérie, est cependant indépendante de cette maladie; 3° qu'elle ne dérive pas non plus directement de la scarlatine, mais résulte d'une infection secondaire, par un microorganisme spécial (un streptocoque); 4° que l'angine précoce pseudo-diphtérique est généralement bénigne; au contraire, le pronostic est toujours grave lorsque la scarlatine se complique d'une diphtérie véritable; cette dernière complication est d'ordinaire plus ou moins tardive.

Chantemesse, à la suite de cette communication, fait observer qu'il y a dans l'espèce des streptocoques une race qui produit des fausses membranes; pour son compte, il a pu produire chez le lapin de très belles fausses membranes en injectant dans la trachée le streptocoque tiré d'une fausse membrane de fièvre puerpérale. Quand la clinique hésite, on peut, en 24 ou 36 heures, au moyen de cultures sur des tubes de sérum de bœuf solidifié, et portés à l'étuve, voir à l'œil nu si les colo-

nies caractéristiques du bacille de Lœffler sont très nombreuses ou rares. N. L.

De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire, par DÉSIRÉ (*Thèse de Paris*, 1890).

Plaidoyer en faveur de l'amygdalotomie, que l'auteur regarde comme la méthode de choix, réservant l'ignipuncture pour des cas particuliers et restreints. Désiré établit un parallèle entre ces deux procédés thérapeutiques, donnant tous les avantages à l'excision sanglante; il cite à titre de documents intéressants l'opinion de plusieurs spécialistes étrangers qui repoussent l'ignipuncture : Morell Mackenzie, pas d'accident sur 2,000 amygdalotomies; Lennox Browne, sur près de 5,000, deux accidents insignifiants; Krause n'emploie jamais l'ignipuncture; Schrœtter, deux hémorragies peu inquiétantes sur plusieurs milliers d'opérations; Massei, quatre cas d'hémorragie sur 850; Capart, une hémorragie sur 2,000 cas; Garel est opposé à l'amygdalotomie et pratique l'ignipuncture ou l'ablation à l'anse caustique. A. CARTAZ.

Lupus primitif de la gorge, par MOUSSOUS (*Journ. de méd. Bordeaux*, 13 *juillet* 1890).

Jeune malade de 16 ans, sans autres antécédents qu'une rougeole et plusieurs poussées d'impétigo du cuir chevelu. A l'âge de 14 ans, début de l'affection par de la gêne de la gorge pendant la déglutition et par du ronflement nocturne, accidents qui ont persisté. Actuellement, la partie moyenne du voile du palais, doublé de volume, présente une saillie rouge, résistante, sans induration réelle; sur cette partie tuméfiée, la muqueuse est tendue, luisante et non érodée. La luette déformée, moins souple et moins mobile, est épaissie et creusée sur ses bords de trois petites ulcérations, à fond rouge et chagriné. Sur le pilier antérieur droit, petite saillie rouge avec un point central décoloré. Sur le pilier antérieur gauche, épaissi et dévié, ulcérations marginales assez profondes. Le pilier postérieur et l'amygdale gauches ont été entièrement détruits. La face postérieure du pharynx est bourgeonnante et ulcérée avec sécrétion gris jaunâtre très adhérente. Diminution des mouvements du voile du palais; nasonnement. Pas de douleurs, pas de coryza, pas de troubles auriculaires. Légère adénopathie cervicale. Le traitement antisyphilitique a été administré sans résultat. OZENNE.

Eine Mischgeschwulst des harten Gaumens (Tumeur mixte de la voûte du palais, par Max HOFFMANN (*Arch. f. klin. Chir.*, *vol. XXXVIII*, *fasc.* 1, *p.* 98).

Hoffmann passe d'abord en revue les cas connus de tumeurs cartilagineuses de la voûte palatine.

Dans le cas qu'il a observé, il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens des glandes. Le malade, qui entra à l'hôpital en novembre 1887, avait constaté le début de la tumeur deux ans avant. Toute la bouche est remplie par cette tumeur, qui se continue du côté droit avec le rebord alvéolaire. Elle s'étend en arrière jusqu'à la paroi postérieure du pharynx et oblitère complètement l'orifice postérieur des fosses nasales. Elle a même perforé le palais osseux et envahi le nez. La tumeur n'est pas sensible au toucher; elle est dure et recouverte d'une muqueuse normale, sauf en un point gros comme une pièce de 20 pfennings, qui est ulcéré. On diagnostique l'enchondrome. L'opération fut pratiquée par Braun le 16 novembre 1887. Trachéotomie. Canule de Trendelenburg. La tumeur est enlevée par fragments. Elle avait

complètement envahi l'antre d'Highmore. Au bout d'un mois, deux noyaux avaient déjà repullulé. Ils furent détruits au thermocautère. Le malade quitta l'hôpital dix semaines après.

Hoffmann insiste surtout sur l'analyse histologique de la tumeur. Elle était formée de tissu cartilagineux et de tissu épithélial. L'auteur décrit trois phases dans son développement. Une première phase d'adénome, qui aurait eu pour origine les glandes de la muqueuse palatine. Dans la seconde phase, les végétations épithéliales deviennent atypiques, prennent l'aspect de carcinome; en même temps les parties cartilagineuses apparaissent dans le tissu conjonctif interacineux. Enfin, dans la troisième phase, le développement exubérant du cartilage tend à étouffer les parties épithéliales. En somme, dit Hoffmann, il s'agit d'une tumeur mixte comprenant des parties épithéliales et d'autres cartilagineuses, et qui manifeste une tendance à devenir exclusivement cartilagineuse par suite des progrès de son développement. PIERRE DELBET.

Professor Billroth's Modifikations... (Modifications apportées par Billroth à la méthode d'uranostaphylorraphie de Langenbeck), par F. SALZER (*Cent. f. Chir.*, *n*° 13, *p.* 233; 1890).

Voici comment on pratique la staphylorraphie à la clinique de Billroth depuis le 21 novembre 1888. L'enfant est endormi tête pendante avec un mélange de chloroforme et d'éther, dont les vapeurs sont directement conduites dans le pharynx par un tube recourbé. La bouche est maintenue ouverte avec le bâillon de Smith. L'opération commence par l'avivement des bords de la division. Puis incision libératrice le long des alvéoles, commençant suivant le cas au niveau de l'incisive latérale ou de la première prémolaire et se continuant en arrière jusqu'à la limite du palais osseux. Alors un ciseau est engagé dans l'angle postérieur de la plaie et dirigé vers l'apophyse ptérygoïde. En quelques coups on fait sauter l'aile interne de cette apophyse. Mobilisation du lambeau mucoso-périostique. Suture à la soie. Nettoyage de la bouche et du nez à l'acide salicylique. Tamponnement iodoformé des incisions libératrices.

PIERRE DELBET.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges, par LUC et DUBIEF (*Arch. de laryng.*, *III*, *n*° 4).

L'examen histologique d'un certain nombre de tumeurs adénoïdes recueillies chez des sujets de 25 et 54 ans montre que la régression de ces tumeurs, que l'on admettait comme la règle ordinaire à partir de l'adolescence, ne se fait que beaucoup plus tard. Chez deux sujets de 25 ans, la tumeur présentait des caractères identiques à ceux que l'on observe dans le jeune âge, et ce n'est que chez le malade de 54 ans qu'on trouva une sorte de sclérose artério-conjonctive identique à celle produite par l'âge dans les divers tissus.

A. CARTAZ.

De quelques complications de l'opération des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par A. CARTAZ (*Rev. de laryngol.*, 15 *juillet* 1890).

Dans ce travail, Cartaz insiste sur deux variétés d'accidents que l'on peut observer à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes :

1° L'hémorragie n'a pas été signalée encore, sauf les observations de Delavan. Cartaz a pu en ressembler dix cas, dont un lui est personnel.

L'hémorragie a été grave et inquiétante et est survenue quelques heures, de 8 à 24 heures, après l'opération; dans un cas, huit jours après. Presque tous ces malades avaient été opérés sans anesthésie.

La cause de ces hémorragies secondaires est variable. On peut les attribuer à la dureté des tumeurs, tumeurs fibroïdes, au volume des vaisseaux déchirés et se rétractant moins du fait de cette dureté, au pincement par les instruments, à la déchirure de la muqueuse saine, quand le voile du palais se contracte avec force; à l'opération trop rapprochée de l'époque menstruelle ou à une inflammation antérieure du pharynx et de la gorge.

Cartaz indique les moyens hémostatiques les plus appropriés dans ces cas particuliers.

2° Accidents infectieux et inflammatoires. Ce sont les angines, amygdalites consécutives à l'opération, l'otite suppurée, tous accidents similaires à ceux qu'on observe à la suite des opérations intra-nasales et dûs à une véritable fièvre septique. A. C.

A pharyngeal aneurism, par C. RICHARDSON (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 180, 2 *août* 1890).

Une femme de 35 ans se plaignait de sécheresse du pharynx et d'une sensation de plénitude des fosses nasales. Les parois de la cavité pharyngienne présentaient une atrophie de la muqueuse avec destruction des glandes : à droite de la ligne médiane était une tumeur saillante qui s'étendait jusqu'à la paroi latérale du pharynx : elle avait 2 centimètres de hauteur et un demi-centimètre de largeur; la tumeur était pulsatile, diminuait de volume et cessait de battre lorsqu'on comprimait la carotide.

D'après le siège de la tumeur on diagnostiqua un anévrisme de la pharyngée ascendante (inférieure). M.

Demonstration eines seltenen Falles von Pharynxkrebs (Fait rare d'épithélioma primitif du pharynx chez une femme), par W. LUBLINSKI (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, *p.* 309, 31 *mars* 1890).

Femme de 54 ans, un peu pâle et maigre, sans antécédents héréditaires ni syphilitiques. Soignée d'abord en mai 1889 pour dysphagie indolore; voix claire, mais en fausset. Rien à l'extérieur du cou, pas de ganglions. Examen du pharynx négatif. A l'examen du larynx, un peu de gonflement livide du repli ary-épiglottique droit et du cartilage aryténoïde du même côté; corde vocale droite immobilisée sur la ligne médiane. Trachée libre. La sonde œsophagienne éprouve un temps d'arrêt du côté droit, au niveau du cartilage cricoïde. Poumons et autres organes sains.

Disparition de la dysphagie sous l'influence de l'iodure de potassium. A la fin de l'année, réapparition de la dysphagie à la suite d'une atteinte de grippe. Même voix de fausset; émaciation considérable. Même absence de ganglions et de déformation du cou. Douleur à la pression en arrière du cartilage thyroïde droit. Rien de visible à la partie supérieure du pharynx.

A l'examen laryngoscopique, en revanche, outre l'immobilité de la corde vocale droite, on constate que le sinus pyriforme correspondant et la portion laryngienne du pharynx sont remplis par une masse en chou-fleur rouge pâle, ulcérée à sa surface et revêtue d'un pus onctueux. Le larynx lui-même était intact, à part la tuméfaction livide, qui commençait à gagner le repli ary-épiglottique et le cartilage aryténoïde gauches.

Une parcelle de la tumeur extirpée montra qu'il s'agissait d'un épithéliome. J. B.

Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase (Le sondage des cavités accessoires du nez), par HANSBERG (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, *p.* 3; 1890).

Dans ce travail, Hansberg s'efforce de démontrer les avantages du cathétérisme des cavités annexes des fosses nasales, au point de vue du diagnostic et du traitement de leurs maladies. Il s'appuie sur l'examen de 80 crânes pour établir que cette opération est d'une exécution plus facile qu'on ne l'admet généralement.

1° *Sinus maxillaire.* L'auteur insiste d'abord sur les quatre principaux détails qui peuvent influencer l'opération. Ce sont : 1° la disposition de l'hiatus semi-lunaire, variable dans ses dimensions, sa direction, sa situation, suivant le développement de l'apophyse unciforme et de la bulle ethmoïdale; 2° les dimensions et la situation du cornet moyen qui masque souvent l'hiatus; 3° la largeur du méat moyen; 4° la présence de l'orifice accessoire du sinus qui se prête mieux au cathétérisme que l'orifice constant. L'auteur conseille pour cette dernière opération l'emploi d'une sonde boutonnée, longue de quinze centimètres, épaisse d'un demi ou d'un millimètre, et dont la partie terminale forme avec le reste de la tige un angle de 110° sur une longueur de 6 millimètres. Cette sonde est introduite avec douceur entre le cornet moyen et la paroi nasale externe. Quand son extrémité a atteint la partie moyenne du cornet, on la porte en dehors et l'on pénètre dans le sinus, ce dont on est averti par la déviation d'environ 150° que subit à ce moment le manche de l'instrument, par la fixation de ce dernier, et enfin par la sensation de bord tranchant que donne l'apophyse unciforme derrière laquelle la sonde se trouve engagée.

2° *Sinus frontal.* Il conseille l'emploi d'une sonde boutonnée, épaisse d'un demi à un millimètre et dont l'extrémité, longue de trois centimètres, fait un angle de 125° avec le reste et regarde en avant par sa concavité. La portion coudée terminale étant dirigée en haut, on la pousse entre la paroi externe de la fosse nasale et l'extrémité antérieure du cornet moyen, obliquement en haut et en avant. On sera averti du succès de l'opération par la direction de la sonde et sa pénétration dans la fosse nasale à plus de 5 centimètres, longueur qui représente en moyenne la distance de l'orifice de la narine au plancher du sinus frontal.

3° *Sinus sphénoïdal.* L'auteur rappelle que l'orifice de ce sinus siège généralement au fond d'une fente occupant l'union du corps du sphénoïde avec l'ethmoïde (récessus sphéno-ethmoïdal) à 5 centimètres de la cloison. Les difficultés du cathétérisme varient suivant les dimensions de la fente olfactive, dépendant elle-même de la saillie variable du cornet moyen et des déviations de la cloison nasale. Il conseille l'emploi d'une sonde ayant un demi ou un millimètre d'épaisseur, 15 centimètres de long et dont la partie terminale est recourbée à la façon d'un cathéter. La pointe de l'instrument étant dirigée en bas, on devra le pousser obliquement en haut et en arrière, entre la cloison et le cornet moyen, jusqu'à ce qu'on vienne buter contre la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. Alors, la pointe de la sonde, étant légèrement portée en

dehors, s'engagera facilement dans l'orifice du sinus. Une fois introduite dans cette cavité, la sonde pourra permettre de reconnaître une carie de ses parois. LUC.

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par E. BERGER (*Paris, in-8° 80 pages, 1890*).

L'auteur s'est depuis longtemps préoccupé du rôle joué dans les maladies de la vision par les affections, jusqu'à ce jour négligées, des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal. Les premières forment, en effet, une portion du squelette de l'orbite, le second n'est séparé du chiasma des nerfs optiques que par une mince lamelle osseuse; il est donc aisé de comprendre que les affections de ces cavités puissent retentir sur l'appareil de la vision.

Berger publie un certain nombre d'observations qui établissent la réalité de ces rapports pathologiques et, après quelques détails d'anatomie, de physiologie et d'embryologie, passe à l'étude des affections du sinus sphénoïdal, telles que les déformations intra- et extra-utérines du corps du sphénoïde, qui peuvent amener un étranglement du nerf optique à son passage dans le trou optique, l'hypertrophie des cellules ethmoïdales et du sphénoïde, le coryza du sinus sphénoïdal, enfin la carie, la nécrose, les tumeurs et les blessures de cette cavité. Toutes ces affections peuvent, par contiguïté, amener une névrite optique et consécutivement une atrophie papillaire. Ainsi s'explique l'origine de bien des névrites de cause inconnue et en apparence spontanées.

Quant au traitement, il n'est possible que par la trépanation du sinus sphénoïdal. Cette opération peut se pratiquer par la cavité naso-pharyngienne (Schech), par l'orbite (Bergh) ou à travers la racine du nez (Zuckerkandl). C'est à ce dernier procédé que Berger donne la préférence. Les résultats de cette opération, pratiquée déjà par un certain nombre de chirurgiens, sont excellents. DE SANTI.

Sur un cas d'empyème du sinus sphénoïdal, par A. RUAULT (*Arch. de laryngol., juin* 1890).

Observation intéressante d'un homme de 63 ans qui se présente pour des signes d'obstruction nasale légère, avec écoulement fétide et céphalée diffuse profonde, avec bruits subjectifs et légères obnubilations. Pas de syphilis, pas de maladie nerveuse, rien du côté des oreilles. A l'examen rhinoscopique postérieur, Ruault constata du côté droit le cornet supérieur et l'hiatus situé au-dessus couverts de pus. Le malade avait été opéré trois ans auparavant de polypes muqueux arrachés à la pince, et c'est de ce moment que datent les accidents. Ruault pensa qu'il s'agissait d'une suppuration du sinus sphénoïdal ; il pratiqua la ponction du sinus et en retira du pus. L'ouverture fut agrandie au galvano-cautère, des pansements et lavages antiseptiques furent méthodiquement pratiqués ; la céphalalgie disparut en peu de temps, mais la guérison fut lente à obtenir, la suppuration revenant dès que l'orifice artificiel tendait à s'obturer.

Depuis le malade est revenu pour un empyème du sinus maxillaire qui, traité par l'ouverture au fond de l'alvéole, a bien guéri. La suppuration du sinus sphénoïdal ne s'est pas reproduite. A. CARTAZ.

Rhinoscopia posterior... (Rhinoscopie postérieure, la tête étant renversée), par DORN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 36, *p.* 625 ; 1889).

Dorn pratique la rhinoscopie postérieure, le malade étant couché, la tête pendante sur le bord de la table, le menton en haut et le front en bas. L'opérateur, armé du miroir frontal, se place devant la tête de façon à ce que la poitrine corresponde au visage du malade. Cette méthode permettrait de voir avec une plus grande précision et en outre d'éviter la pénétration du sang dans le larynx. Naturellement Dorn ne recommande cette position que pour les opérations. PIERRE DELBET.

Du coryza pseudo-membraneux (rhinite fibrineuse, croupale), par V. RAULIN (*Revue de laryng.*, 1er *mai* 1890).

L'auteur a réuni 26 cas de cette affection, dont 4 personnels. C'est une maladie du jeune âge, 20 cas sur les 26, dont on peut distinguer deux formes :

a) Primitive, caractérisée par des symptômes de coryza aigu, enchifrènement, fièvre, sécrétion muqueuse qui fait place bientôt à une sécrétion purulente et fétide, avec obstruction nasale. A l'examen, le nez est couvert d'un exsudat fibrineux, gris opaque, occupant la cloison, les cornets inférieur et moyens, variant d'épaisseur, et laissant, après l'ablation, la muqueuse saignante, légèrement érodée. Cet exsudat ne s'étend pas à la gorge ni au pharynx nasal. Il n'y a pas d'adénite, ni de symptômes généraux.

b) La forme secondaire est moins nette, et les rares observations laissent du doute sur la nature exacte, qui semble se rapprocher de la diphtérie.

Les pseudo-membranes ont de la tendance à se reformer, mais il ne reste bientôt qu'un coryza purulent ordinaire.

L'examen bactériologique n'a pas décelé le microbe de la diphtérie; on ne trouve que des cocci. L'affection est donc nettement distincte de la diphtérie et se rapproche plutôt des dépôts fibrineux, pultacés, qu'on observe du côté des voies aériennes.

L'auteur conseille comme traitement les pulvérisations et irrigations antiseptiques tièdes, les badigeonnages iodophéniqués; mais il repousse toute cautérisation énergique qui ne fait qu'entretenir l'affection.

A. CARTAZ.

Ueber die Dermoïde der Nase (Kystes dermoïdes du nez), par F. BRAMANN (*Archiv f. klin. Chir.*, *XL*, *fasc.* 1, *p.* 101 ; 1890).

Bramann a observé 7 cas de kystes dermoïdes du nez.

Son mémoire commence par une étude de tous les kystes dermoïdes de la face, du cou et du thorax, envisagés spécialement au point de vue pathogénique. Pour les kystes du nez, leur pathogénie s'expliquerait par les détails du développement qui ont été décrits par Witzel. A la fin du premier ou au commencement du second mois, on trouve sur la partie moyenne du bourgeon frontal, non pas une fente, mais une légère dépression, tandis qu'au point où se réunissent les deux bourgeons nasaux externes et internes il existe une saillie de chaque côté. Ces deux saillies se rapprochent de plus en plus, et enfin se réunissent pour

former la cloison cartilagineuse. Si cette réunion se fait d'une manière irrégulière, il peut en résulter la formation d'un kyste dermoïde ou d'une fistule congénitale. On a même vu dans des malformations plus compliquées le nez rester complètement divisé en deux moitiés. Quant aux modifications du squelette, elles ne sont pas primitives. C'est la pression du kyste dermoïde qui les engendre. PIERRE DELBET.

Ein Fall von multiplen Dermatomyomen an der Nase, par K. HESS (*Archiv f. pathol. Anatomie u. Physiol., Band CXX, Heft* 2).

Une jeune fille portait sur le nez de nombreuses « verrues » de la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une lentille. L'excision de ces tumeurs et leur examen histologique montrèrent qu'elles étaient constituées par des faisceaux entre-croisés de fibres musculaires lisses, sans qu'elles fussent pénétrées par le tissu conjonctif. Peu ou point de vaisseaux dans l'intérieur des nodules ; mais vers la périphérie les vaisseaux étaient plus abondants et les muscles lisses des parois vasculaires se continuaient immédiatement avec ceux des néoplasmes. Les parties cutanées qui avoisinaient ceux-ci possédaient des vaisseaux qui se caractérisaient par une paroi musculaire fortement développée ; sur certains points, on la voyait même épaissie. L'hypertrophie de ces portions épaissies était probablement le point de départ de ces *myomes cutanés* à contours bien circonscrits. ED. RETTERER.

Tuberculose der Nasen und Mundschleimhaut (Tuberculose des muqueuses nasale et buccale), par MICHELSON (*Zeitsch. f. klin. Medicin, vol. XVII, Supplem. Heft, p.* 202).

1° Bien qu'exposées à des causes fréquentes d'infection, soit primitives, par l'air et les aliments ; soit secondaires, par les crachats dans la phtisie pulmonaire, les muqueuses nasale et buccale présentent vis-à-vis de la tuberculose une remarquable immunité. Cette immunité s'explique pour Michelson par la structure de ces muqueuses. L'épithélium stratifié de la muqueuse buccale n'offre de défauts que sur les points très restreints où il communique avec les follicules lymphatiques. Mais l'issue des globules blancs qui se fait à ce niveau s'oppose mécaniquement à la pénétration. La couche de leucocytes sous-épithéliale constitue un autre obstacle agissant mécaniquement et par phagocytose. La muqueuse nasale se défend à la fois par les cils vibratiles de son épithélium, par sa couche de leucocyte sous-épithéliale, par le mucus qui la lubréfie. Le bacille tuberculeux, étant d'accroissement très lent, trouve difficilement à se développer dans ces conditions anatomiques. L'obstacle se retrouve au même degré pour d'autres micro-organismes (blennorragie par exemple). Au contraire, il est insuffisant contre les microbes de la diphtérie, de la rougeole, de la coqueluche et de la grippe, qui trouvent dans le nez et la bouche un terrain des plus favorables.

2° La tuberculose nasale dans les observations de Michelson s'est développée dans des conditions très différentes, de la phtisie la plus avancée à l'état général en apparence le plus satisfaisant. L'aspect clinique des lésions fut très variable. Tantôt on eut des tumeurs rougeâtres molles cornées à leur surface naissant du septum et du cornet ; dans d'autres cas ces tumeurs étaient exulcérées ; dans d'autres enfin, des ulcérations profondes. Au microscope, les portions de tumeurs enlevées montraient des cellules épithélioïdes et des cellules géantes. Mais on ne

put y découvrir de bacilles, sauf chez un seul malade phtisique à la dernière période. Sous ce rapport de la rareté des bacilles, les lésions se rapprochent, on le voit, du lupus.

3° La tuberculose buccale se montra tantôt sous forme d'excroissance framboisée rappelant le lupus, tantôt sous forme de petits foyers d'infiltration et d'exulcération de la muqueuse de la lèvre supérieure, tantôt sous forme de granulations grisâtres des piliers du palais. Les bacilles tuberculeux sont le plus souvent impossibles à découvrir ; les cellules géantes peuvent également manquer.

4° Comme traitement, Michelson insiste sur les dangers de la cocaïne et de la morphine, qui peuvent déterminer des intoxications. Il recommande particulièrement le menthol. Il rapporte un certain nombre de faits de guérison d'ulcérations tuberculeuses après avulsion d'un chicot dentaire. Cautérisations à l'acide phénique, chromique, au nitrate d'argent, à la teinture d'iode, etc. Mais dans d'autres faits tous les moyens employés, si énergiques qu'ils aient été (grattages, cautérisations), n'ont pu enrayer l'ulcération. L'emploi intense du mercure exerce sur la marche des ulcérations une influence néfaste, ce qui donne une très grande importance pratique au diagnostic avec la syphilis. A.-F. PLICQUE.

Des abcès chauds de la cloison nasale et d'une déformation nasale concomitante et définitive, par GOUGUENHEIM (*Ann. mal. de l'or*, *septembre* 1890).

Gouguenheim a eu l'occasion d'observer deux cas d'abcès de la cloison survenus à la suite de traumatismes et accompagnés d'une difformité nasale (enfoncement au-dessous des os du nez et aplatissement du lobule), ayant l'apparence d'une fracture des os du nez. Après guérison de ces abcès, vidés par une incision, on ne put constater aucune ulcération, aucune perforation de la cloison. L'examen bactériologique du pus ne décela que des colonies de microcoque pyogène.

Gouguenheim explique cette déformation par une luxation de la cloison sur le vomer, survenue au moment du traumatisme. A. C.

Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand (L'ulcère perforant de la cloison des fosses nasales), par M. HAJEK (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXX*, *Heft* 3).

C'est une affection qui débute par la formation d'une pseudo-membrane dans les couches superficielles de la muqueuse nasale. Dans deux cas, décrits par Hajek, la première modification consistait dans une hémorragie de la muqueuse. Après l'élimination de la pseudo-membrane, on voit un ulcère sur l'une ou les deux faces de la portion cartilagineuse de la cloison des fosses nasales. Le fond de l'ulcère atteint le cartilage du nez, qui plus tard subit la nécrose et aboutit à la perforation de la cloison. Mais l'ulcère peut guérir avant comme après la perforation.

L'affection n'a aucune relation avec la syphilis. ED. RETTERER.

Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase, par L. TREITEL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 16, *p.* 359, *et n°* 17, *p.* 393, 21 *et* 28 *avril* 1890).

Comme phénomènes réactionnaires inflammatoires, Treitel n'a guère à mentionner, en dehors de la congestion presque constante de la mu-

queuse nasale, que la tendance opiniâtre à récidiver offerte dans certains cas par l'escarre galvano-caustique. Bresgen, qui l'a également remarquée, la combat à l'aide de glycérine iodée.

Assez fréquemment les opérés accusent de légers troubles de l'état général consistant en courbature, inappétence, céphalalgie et un peu de fièvre. Ces symptômes peuvent tenir à diverses causes. Tantôt ils sont le résultat de l'hyperémie de la muqueuse, qui par la gêne respiratoire et l'abondance des sécrétions trouble le sommeil. Plus communément, ils sont la conséquence d'un véritable coryza. D'autres fois encore, ils tiennent à une amygdalite.

Les angines folliculeuses débutent en général deux ou trois jours après l'opération; elles ne sont ni plus intenses ni plus précoces du côté opéré. Toutes se sont terminées favorablement sans jamais devenir phlegmoneuses. La nature et le lieu de l'intervention chirurgicale jouent un rôle important dans leur apparition. Elles sont infiniment plus communes après la galvano-caustie, plus fréquentes aussi après les opérations sur les cornets inférieurs qu'après celles sur la cloison, et surtout qu'après celles sur les cornets moyens ou sur la paroi externe des méats. Elles sont très rares également après l'extraction de polypes. Chez quelques opérés cette angine pultacée s'étend aussi à l'amygdale pharyngienne de Luschka.

Du côté des organes voisins, Treitel a vu quelques cas d'otite moyenne légère et disparaissant spontanément sans avoir suppuré, deux conjonctivites du côté opéré (cautérisation du cornet inférieur, extraction de polypes du méat moyen) et une fois de la sensibilité du globe oculaire à la pression sans rien de visible à l'ophtalmoscope.

Quant aux accidents nerveux, il y a d'abord ceux qui se produisent dans le cours de l'opération. Tantôt il s'agit de l'excitation de certains nerfs, comme le naso-palatin de Scarpa quand on applique le galvano-cautère sur la cloison; en dehors des rameaux dentaires du trijumeau, c'est le nerf sus-orbitaire qui est le plus souvent irrité. Lorsqu'on opère dans les régions postérieures des fosses nasales on détermine parfois des douleurs à l'occiput, à la nuque ou dans l'oreille. Les troubles du système nerveux central sont observés plus habituellement, spécialement dans les ablations de polypes; ils se traduisent par des nausées, des vomissements, une sensation vertigineuse, ou bien par une véritable syncope.

Les accidents nerveux qui surviennent après l'opération ne diffèrent des précédents que par leur durée. Les névralgies de trijumeau, relativement communes, peuvent rayonner jusque dans le plexus cervical et brachial; elles offrent parfois une périodicité régulière, mais elles disparaissent généralement au bout de quelques jours. On les voit apparaître de préférence quand on entreprend une nouvelle opération avant que la plaie de la précédente soit entièrement cicatrisée; l'attouchement d'un point de cette plaie peut suffire à provoquer un paroxysme douloureux.

Plus rare mais plus opiniâtre est l'ébranlement général du système nerveux, accusé par de la prostration, de l'amaigrissement sans frein, de la pâleur et de l'incapacité de travail. On peut enfin observer un dérangement passager de l'esprit. (*R. S. M.*, XXX, 646, et XXXIV, 289.) J. B.

Possibilité des injections trachéales chez l'homme comme voie d'introduction des médicaments, par Ricardo BOTEY (*Acad. des Sc.*, 21 *juillet* 1890, *et Ann. des mal. de l'or.*, *août* 1890).

Après quelques expériences préalables sur le lapin pour déterminer la dose précise de tolérance et la quantité d'eau que l'on peut injecter impunément, Botey a essayé sur lui-même les injections intra-trachéales. Dans un premier essai, il put s'injecter, avec une seringue portée dans le larynx, 10 centimètres cubes d'eau distillée; puis, successivement, dans d'autres expériences, 25,37 et enfin 50 grammes d'eau. Aucun accident de toux, d'oppression; il y eut simplement une légère altération du pouls et des mouvements respiratoires.

Botey fit alors chez une malade atteinte de syphilis laryngée, ayant résisté à tout traitement interne et externe, des injections de 15 grammes d'une solution de bichlorure ioduré. La tolérance fut parfaite et après 17 injections la guérison des manifestations laryngées était complète.

Botey estime qu'il y a dans cette méthode un moyen efficace et non dangereux de faire absorber les médicaments dans les affections des voies respiratoires. A. CARTAZ.

De la trachéotomie chez les très jeunes enfants, par PÉRAIRE (*Revue de chirurgie*, *n°* 6, *p.* 517; 1890).

Péraire a fait avec succès la trachéotomie chez une petite fille de 10 mois atteinte de croup. Il a pu réunir une trentaine d'observations de trachéotomies pratiquées chez de très jeunes enfants, et qui ont presque toutes donné de bons résultats.

Il en conclut qu'il faut opérer dans le croup les enfants menacés d'asphyxie, quel que soit leur âge.

Les contre-indications sont très rares. La seule objection qu'on puisse faire à cette opération est l'extrême difficulté de l'exécution, à cause de l'étroitesse et de la mollesse de la trachée. Cependant les résultats sont assez encourageants pour qu'on ne doive pas s'arrêter devant cette difficulté opératoire. C. WALTHER.

Procédé pour obtenir l'occlusion des fistules trachéales par une autoplastie, par P. BERGER (*Bull. de la Soc. de chirurgie, t. XV, p.* 684).

Berger a employé deux fois, pour des fistules consécutives à la trachéotomie, et avec succès complet, ce procédé, qui comprend deux actes opératoires :

1° *Occlusion de la fistule.* — L'orifice fistuleux est circonscrit par deux incisions semi-elliptiques se rencontrant en haut et en bas et comprenant une étendue de téguments suffisante pour que ceux-ci, renversés et rabattus sur l'orifice fistuleux, puissent le boucher entièrement. Dissection de cette collerette cutanée et cicatricielle jusqu'à ce qu'elle n'adhère plus que par son bord interne à la circonférence de la perte de substance de la trachée; renversement de la collerette, qui s'invagine pour ainsi dire dans l'orifice fistuleux; réunion des bords opposés de la collerette par des points de catgut placés comme des points de Lembert de façon à n'affronter que des surfaces cruentées.

2° Pour recouvrir cette réunion profonde, taille et mobilisation de

deux lambeaux en pont, verticaux, qui sont ensuite réunis sur la ligne médiane. C. WALTHER.

Ueber Kochenneubildung in der Trachealschleimhaut des Menschen (Sur la néoformation d'os dans la muqueuse de la trachée de l'homme), par H. HAMMER (*Zeitschrift f. Heilkunde*, *n°* 6, *p.* 458; 1889).

Les cas de néoformation d'os dans la muqueuse trachéale sont rares. A ce propos, deux opinions sont en présence. Pour les uns, il s'agit simplement d'ecchondroses des cartilages de la trachée qui ont subi la transformation osseuse; pour les autres, ce sont des formations hétérotopiques de tissu osseux ou cartilagineux développées directement dans le tissu conjonctif de la muqueuse.

L'auteur a pu examiner 7 pièces, dont plusieurs anciennes, conservées au musée. Dans tous les cas, il a pu trouver le lien qui unissait ces os aux cartilages de la trachée, et par suite il conclut à l'exactitude de la première théorie. Le pédicule de l'ecchondrose n'est pas toujours facile à rencontrer; il est plus large dans le sens transversal que dans le sens vertical. Aussi une coupe verticale a-t-elle bien plus de chance de le rencontrer. Dans aucun cas la transformation osseuse n'était complètement achevée, et il a toujours retrouvé le premier stade cartilagineux, particulièrement au niveau du pédicule. LEFLAIVE.

Pathologische Bedeutung der Stimmbanddrüsen (Pathologie des glandes des cordes vocales), par B. FRÆNKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 941, 28 *octobre* 1889).

Les ouvrages classiques ne signalent pas l'existence au niveau des vraies cordes vocales des glandes que Fraenkel a découvertes dans ses examens microscopiques.

Au-dessus et au-dessous des muscles, se trouvent deux rangées de glandes qui sont globuleuses dans la couche supérieure et allongées dans l'inférieure. Les premières se retrouvent aussi en partie dans les fibres musculaires mêmes; leur conduit excréteur est situé vers le bord libre de la corde vocale. Les glandes de la couche inférieure sont le plus souvent agglomérées et envoient aussi parfois des canaux excréteurs très longs vers le bord libre de la corde vocale, c'est-à-dire là où sont les papilles; les canaux excréteurs sont situés à un millimètre et demi de ce bord libre.

Ces glandes ont un certain rôle pathogénique. Tout d'abord, ce sont elles qui occasionnent par leur tuméfaction les nodosités et granulations, cause habituelle de l'enrouement chez les enfants. L'expérience a appris qu'à l'époque de la puberté ces granulations disparaissent. Fraenkel a observé d'une façon indubitable une sécrétion de ces glandes. L'iode, intérieurement et localement, constitue la base du traitement.

Dans d'autres circonstances, on voit survenir des inflammations aiguës dont on peut distinguer deux formes. Tantôt on aperçoit au-dessous de l'épithélium vocal une sorte de tumeur qui s'étale dans la substance même de la corde vocale et qu'à première vue on est disposé à prendre pour un néoplasme malin ; mais dans l'espace de quelques jours cette tumeur, qui n'était autre qu'une glande hypertrophiée, disparaît. Tantôt

il y a formation d'abcès à la fois sur la portion membraneuse et sur l'apophyse vocale.

Viennent ensuite les *granulations des chanteurs*, disposées généralement d'une manière symétrique sur le bord libre des 2 cordes vocales inférieures; exceptionnellement, il n'en existe que d'un côté. Fraenkel est disposé à attribuer parfois à ces granulations un effet favorable sur l'émission des notes très aiguës qu'elles semblent faciliter en obturant la glotte. D'autres fois, au contraire, elles déterminent de l'enrouement et sont la cause la plus habituelle de la diphtongie. Fraenkel a également réussi à reconnaître que ces granulations des chanteurs sécrètent. Ces granulations siègent en général un peu au-dessous du bord libre des cordes vocales. Contrairement aux autres tumeurs du larynx, elles sont plus communes chez les femmes. Elles peuvent donner lieu à des kystes par rétention, formant des tumeurs transparentes à contenu muco-myxomateux ou caséeux. J. B.

Acute rheumatic laryngitis of gonorrhœal origin, par W. SIMPSON (*Journal of Amer. med. Assoc.*, *p.* 543, 12 *avril* 1890).

Un jeune homme de 23 ans avait une blennorragie depuis 5 semaines (3e atteinte). Des douleurs rhumatismales avaient été ressenties successivement sur les 2 genoux, la hanche gauche, le pouce, etc. — Puis dans la gorge on nota de la gêne pour la déglutition, une tuméfaction sur la partie inféro-externe du larynx, de la raucité de la voix. Les deux aryténoïdes sont rouges, œdématiés : toute la muqueuse laryngienne est hyperémiée, les cordes vocales sont injectées. Le salicylate de soude donné pendant 5 jours n'amène aucun soulagement. On donne de l'iodure de potassium, et rapidement les phénomènes laryngiens s'amendent. MAUBRAC.

Œdème aigu du larynx par refroidissement, trachéotomie, guérison, par OULMONT (*La Médecine moderne*, 12 *juin* 1890).

Homme de 28 ans, pris de mal de gorge quelques heures après être descendu dans une cave étant en sueur; le lendemain, respiration pénible et inspiration sifflante, et dans la soirée dyspnée intense avec phénomènes asphyxiques; trachéotomie d'urgence; après l'opération, respiration facile, rougeur diffuse de l'isthme du gosier avec tuméfaction modérée des amygdales; luette rouge et très œdémateuse. Ablation de la canule le 7e jour et guérison complète, sauf une légère angine catarrhale chronique; au laryngoscope, les premiers jours, cordes vocales épaissies, rouges, sillonnées de varicosités, épiglotte rouge et œdémateuse, région aryténoïdienne rougeâtre et légèrement tuméfiée; ces lésions avaient entièrement disparu au moment de la sortie. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die typische Pachydermie des Kehlkopfes, par Julius SOMMERBRODT (*Berlin. klin. Woch.*, n° 19, *p.* 429, 12 *mai* 1890).

Sommerbrodt a observé 18 malades atteints de la forme diffuse ou plane de la pachydermie laryngée décrite par Virchow. (*R. S. M.*, XXXI, 271.) En y ajoutant les 2 cas de Rethi (*Wiener klin. Woch.*, 1889) et de Michelson (*B. K. W.*, 1890, n° 10), il dispose de 20 observations pour tracer les caractères saillants de cette affection.

Elle est beaucoup plus souvent bilatérale (17 fois sur les 18 de Sommerbrodt) qu'unilatérale. On observe alors sur l'une des cordes

vocales une saillie et sur l'autre une dépression de forme correspondante; de sorte qu'à moins que, ce qui est rare, la région interaryténoïdienne ne soit aussi envahie, la fermeture de la glotte n'est nullement gênée, parce que le bourrelet vient se loger dans la petite cavité. La saillie convexe se trouve, on peut dire toujours, du côté droit, et la petite fossette, du côté gauche.

La saillie et la fossette sont rouge vif; la surface de la saillie et les bords de la fossette offrent assez souvent soit de petites inégalités, soit de petites élevures dentelées. Sommerbrodt n'a noté qu'une fois l'envahissement de la région interaryténoïdienne.

La pachydermie n'atteint que le tiers postérieur des cordes vocales.

Les lésions pachydermiques peuvent rester plusieurs années sans changement; on ne sait pas si elles sont susceptibles de disparaître spontanément.

Jusqu'ici, la pachydermie n'a été constatée que sur des hommes. L'âge des malades oscillait entre 30 et 65 ans. Un tiers d'entre eux habitaient des logements humides; l'un d'eux avait, en outre, une leucoplasie linguale. Parmi les professions représentées, on compte 3 instituteurs et 2 conducteurs de locomotives.

Tout à fait au début, il n'est guère possible de différencier au laryngoscope la pachydermie du catarrhe chronique. Plus tard, il suffit d'avoir vu l'affection une fois pour la reconnaître. La première fois, seulement, on peut prendre le mucus amassé dans la fossette pour la sécrétion d'un ulcère. L'insignifiance des troubles fonctionnels est un fait très important pour le diagnostic de la pachydermie.

On peut rencontrer, au niveau des apophyses vocales, des gonflements inflammatoires sous-muqueux (tuberculose, syphilis, périchondrite, etc.) qui ressemblent au bourrelet de la pachydermie; mais ils s'en distinguent facilement par la coexistence de lésions à la face interne des cordes vocales, et surtout par les phénomènes fonctionnels concomitants (douleurs, troubles respiratoires). Du reste, aucun des malades de Sommerbrodt n'était tuberculeux.

La bilatéralité de la pachydermie permet de la diagnostiquer d'avec le cancer, où les mouvements de la corde vocale sont, en outre, gênés. Contrairement à B. Fraenkel, Sommerbrodt ne pense pas que l'excision de fragments puisse assurer le diagnostic, car les carcinomes développés à la partie postérieure des cordes vocales peuvent avoir un revêtement pachydermique. Sommerbrodt ne croit pas non plus à la transformation possible de la pachydermie en lésion maligne.

Le pronostic est donc favorable, bien que l'affection soit rebelle à tout traitement.

I. — Ueber Pachydermia laryngis, par E. MEYER.

II. — Discussion de la Société Laryngologique de Berlin (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 10, *p.* 235, 10 *mars* 1890).

I. — Jusqu'ici la pachydermie du larynx n'a été observée que chez des hommes, ce qui tient à la plus grande fréquence des catarrhes chroniques du pharynx et du larynx dans le sexe masculin. Le diagnostic différentiel n'offre, en général, pas de difficultés. L'évolution est ordi-

nairement bénigne et les ulcérations profondes sont rares. Les troubles fonctionnels sont, outre les symptômes catarrhaux, un sentiment de pression dans la gorge et parfois de la dysphagie. L'enrouement est loin d'être constant.

Comme Frænkel, Meyer pense que la dépression ombiliquée du centre des bourrelets est le résultat des pressions réciproques.

Sept fois sur onze, Meyer a noté un symptôme déjà signalé par Frænkel, à savoir une parésie des dilatateurs des cordes vocales, assez intense chez un malade pour donner lieu à des accès de suffocation nocturne.

Comme traitement, Meyer préconise l'iodure de potassium à l'intérieur, conjointement avec une médication convenable pour le catarrhe.

II. — Sandmann a traité le cas suivant de pachydermie. A Noël, un examen laryngoscopique, effectué à l'occasion de l'ablation de l'amygdale pharyngienne, révèle, sur l'apophyse vocale droite, la présence d'un épaississement gros comme un grain de mil. En mai suivant, le malade accuse de la raucité et une douleur pongitive dans l'oreille; il n'est ni tuberculeux ni syphilitique. Une ulcération a succédé à l'épaississement constaté cinq mois auparavant; elle résiste à tous les topiques et ne guérit que par l'emploi de la curette tranchante.

Schœtz a renoncé au traitement iodé, qu'il a trouvé inefficace. Il se borne à traiter le catarrhe et dans quelques cas à intervenir chirurgicalement. Il rappelle qu'antérieurement aux travaux de Virchow (*R. S. M.*, XXII, 732, et XXXI, 271) la pachydermie laryngée était connue des laryngoscopistes, notamment de Stœrck, sous la désignation de « tumeur catarrhale, à bords surélevés, de l'apophyse vocale, avec épaississement de la muqueuse de l'extrémité postérieure des cordes vocales et de la paroi postérieure du larynx ».

Landgraf ajoute que la pachydermie laryngée n'est nullement rare et qu'elle se complique surtout de périchondrite qui explique les troubles de déglutition et les accès de suffocation. Constamment elle s'accompagne d'un catarrhe qui donne aux cordes vocales l'aspect de prunes vertes moisies : sur un fond violet bleuâtre, on aperçoit de nombreux points blancs. Landgraf n'a recours ni à l'iode ni à l'opération. Il a guéri trois malades par une cure d'eaux sulfureuses.

B. Frænkel n'intervient que s'il y a urgence. Quand la médication locale est restée impuissante, il recourt à l'iode. Les eaux sulfureuses donnent une grande amélioration, mais l'affection ne tarde pas à récidiver. La douleur dans la déglutition est un symptôme très commun. Les épaississements calleux de la paroi postérieure du larynx sont souvent pris pour des lésions tuberculeuses.

Krakauer a vu deux cas de périchondrite consécutive à la pachydermie. Chez l'un des malades, il y eut élimination du cartilage aryténoïde gauche, ulcéré. L'autre malade fut guéri par les inhalations de tanin.

Krakauer a vu aussi deux cas de pachydermie limitée non plus aux aryténoïdes comme les deux précédents, mais à la paroi postérieure du larynx. La cause était une fois des excès alcooliques, l'autre le surmenage de la voix. Le traitement général s'étant montré inefficace, Krakauer fit des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent qui, sans

guérir complètement les malades, ramenèrent le timbre normal de la voix. J. B.

Des abcès du larynx, par George RICHARDS (*Americ. Journ. med. sc., p.* 450, *mai* 1890).

Dans son mémoire, l'auteur ne décrit pas les abcès suite de chondrite et de périchondrite. Il a pu réunir 26 cas ajoutés aux 13 rapportés par Mackenzie. Plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant, ils sont dus chez le premier au froid, parfois à une poussée aiguë dans le cours d'une laryngite chronique ; chez le second, l'abcès paraît plus souvent à la suite d'une maladie infectieuse. Le pronostic chez l'enfant est de 5 morts sur 8 cas : le traitement consiste en inhalations et en applications externes. L'ouverture par la bouche est presque impossible ; la trachéotomie est la seule ressource, et on doit se tenir prêt à la faire dès que l'asphyxie est marquée : on doit faire le diagnostic avec l'œdème de la glotte, l'abcès rétopharyngien chez l'adulte. L'auteur cite deux cas de mort foudroyante et sans aucun symptôme qui ait attiré l'attention : dans la plupart des cas, on trouve une dyspnée croissante, avec accès plus intenses. Dans la moitié des cas, il y a de la dysphagie. La douleur est le symptôme prédominant, surtout à la pression au niveau de la région laryngée, avec sensation de corps étrangers. Si le malade ne succombe pas, l'abcès s'ouvre spontanément ou est ouvert par le chirurgien. Les symptômes cessent immédiatement. Parfois il y a deux ou trois récidives. Sur 25 cas dont on connaît l'issue, dix fois l'abcès ne fut pas ouvert. Il n'y eut qu'une mort. Sur le nombre total des cas on trouve 11 morts. F. VERCHÈRE.

De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante, par GOUGUENHEIM et GLOVER (*Ann. mal. de l'oreille, août* 1890).

Travail clinique et histologique sur cette variété de tuberculose laryngée, bien étudiée par Gouguenheim dans son traité de la phtisie laryngée. Ce tissu morbide, dont le siège de prédilection est la région aryténoïdienne, se présente sous la forme d'hypertrophies papillaires mamelonnées, villeuses, qui offrent la texture microscopique suivante : couche cornée d'éléments épithéliaux plats et tassés, recouvrant des étages de cellules épithéliales ; au centre, un reticulum conjonctivo-vasculaire plus ou moins dense, et dans la région profonde, des granulations tuberculeuses en voie d'évolution plus ou moins prononcée.

Cette forme scléreuse et végétante est assez fréquente ; elle s'établit lentement, après une période de laryngite en apparence simple, plus ou moins durable. Suivant le volume, le siège de ces tumeurs, on peut observer de la dysphonie, puis de l'aphonie et enfin des troubles respiratoires par obstacle mécanique. L'alcoolisme, le défaut d'hygiène, sont les facteurs essentiels de la production de ces végétations.

Le diagnostic, qui s'appuie sur la concomitance des accidents pulmonaires, l'examen des crachats, est dans certains cas difficile ; on pourrait confondre cet état pathologique avec la laryngite papillomateuse, la laryngite suite de rhino-pharyngite et enfin surtout avec certaines formes de syphilis tertiaire.

Gouguenheim et Glover ont traité 22 cas de ce genre, dont 4 par le curetage ou l'ablation des végétations. Ils procèdent ainsi : pansements antiseptiques laryngés pendant une huitaine de jours au moyen d'injections d'huile mentholée au 5e, puis anesthésie à la cocaïne et ablation à l'emporte-pièce ou à la pince coupante, insufflations d'iodoforme ou pansements à l'acide lactique et inhalations antiseptiques.

Les résultats obtenus ont été très satisfaisants au point de vue des manifestations locales. A. CARTAZ.

Tuberculosis of the larynx, par RICE (*N. York med. Journ.*, *p.* 234, 31 *août* 1889).

Les lésions syphilitiques du larynx chez les tuberculeux peuvent guérir sous l'influence du traitement spécifique.

Un homme de 45 ans, souffrant du larynx depuis 6 mois, ayant maigri de 20 livres, et présentant des signes d'infiltration de l'un des sommets, offre une destruction presque complète de l'épiglotte et des exulcérations de chaque côté sur les cordes vocales. On ne trouve pas de bacilles. L'auteur rapporte ces lésions à la syphilis, il prescrit de l'iodure de potassium et institue le traitement local par l'iodoforme. Toutes les ulcérations guérissent rapidement. Le malade ne conserve que de l'œdème aryténoïdien.

Au bout d'un an, apparition d'ulcères tuberculeux typiques du larynx, destruction rapide des poumons, mort en six mois.

Dans un autre cas, l'auteur a vu également la combinaison des deux lésions, syphilitiques et tuberculeuses, et a pu guérir les premières. Il pense que les ulcérations tuberculeuses sont incurables.

Le diagnostic de la tuberculose laryngée est rendu parfois difficile par deux variétés de productions : des granulations qui naissent des surfaces ulcérées et des papillomes qui ne se distinguent en rien des papillomes vulgaires.

L'auteur a observé des synéchies inflammatoires des extrémités antérieures des cordes vocales, favorisées par l'immobilité de ces cordes et l'activité du travail de prolifération.

Quant à la localisation initiale des tubercules, elle peut exister sur l'un des aryténoïdes et ne donner alors naissance à aucun symptôme.

L. GALLIARD.

Die locale Behandlung der Kehlopftuberculose (Traitement local de la tuberculose laryngée), par Georg JONQUIÈRE (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n*° 9, *p.* 265, 1 *mai* 1890).

Jonquière fait l'histoire chronologique des essais du traitement topique de la tuberculose du larynx ; elle commence avec Moritz Schmidt, qui dès 1877, c'est-à-dire avant la découverte du bacille de Koch, pratiquait des inhalations d'acide phénique ou de baume du Pérou et obtenait 20 guérisons sur 400 malades ; elle se termine par l'électrolyse récemment préconisée par Hering et par Mermod (*Revue médicale Suisse romande*, mars 1890).

En réunissant les cas traités par l'acide lactique seul (Krause, Hering, Stachiewitz, Golonez), ceux traités exclusivement par la curette (Hering) et ceux traités par l'emploi combiné de la curette et de l'acide lactique

ou de l'iodoforme (Krause), on arrive à un total de près de 300 malades, dont 150 guérisons plus ou moins parfaites ou durables.

Jonquière y ajoute les faits suivants qui lui sont personnels.

1° et 2° Deux cas d'ulcérations sur les apophyses vocales : dans l'un, il existait à la base une infiltration très marquée; dans l'autre, il n'y avait qu'un ulcère déchiqueté. Chez les deux malades les ulcérations ont complètement guéri en 2 mois, à la suite de 6 à 10 applications énergiques d'acide lactique aux doses de 20 à 50 0/0; elles ne se sont pas reproduites depuis leur cicatrisation, qui date de 1 an pour l'un et de 2 ans pour l'autre malade. Il reste encore quelques traces de l'infiltration que présentait l'un des malades, mais la voix de tous deux est à peu près normale.

3° Une malade ayant une ulcération avec infiltration de la base, sur l'apophyse vocale gauche; l'angle des parois postérieure et latérale du larynx fut traitée longtemps mais vainement par l'iodoforme; 10 attouchements avec l'acide lactique ont eu raison de l'ulcération. Il existait en même temps une infiltration de la corde vocale droite, qui s'est beaucoup réduite et a pâli. La malade a la voix normale et son amélioration se maintient depuis 9 mois.

4° Ulcération de la paroi postérieure avec infiltration saillante dans un cas de tuberculose à marche très chronique; cicatrisation après 8 applications d'acide lactique à 40 0/0; la guérison se maintient depuis 3 ans.

5° Homme chez lequel Jonquière a dû excaver avec la curette une infiltration déchiquetée de la paroi postérieure dont il a ensuite touché le fond avec l'acide lactique. Succès complet se maintenant depuis 2 ans.

6° Fait identique au précédent et traité de même; l'amélioration date de plusieurs mois.

7° Infiltration colossale de l'épiglotte avec ulcérations de l'apophyse vocale gauche. L'acide lactique s'étant d'abord montré insuffisant, Jonquière a enlevé avec la double curette de Krause toute la partie infiltrée avant d'y appliquer l'acide lactique. Un an plus tard, l'épiglotte avait son aspect normal; la dysphagie n'avait pas reparu, mais les ulcères interaryténoïdiens n'étaient pas cicatrisés.

Jonquière a plusieurs fois été émerveillé de l'amélioration fonctionnelle obtenue avec quelques applications d'acide lactique, avant que l'œil pût saisir de modifications locales, et cela chez des malades dont l'affection était trop avancée pour qu'on pût songer à autre chose qu'à un traitement palliatif. Dans ces cas, la curette donne aussi de bons résultats et rend moins pénibles les derniers mois de vie.

D'autre part, il lui est aussi arrivé maintes fois de constater, même dans des cas légers, l'inefficacité de l'acide lactique. F. B.

Des accidents laryngés de la syphilis héréditaire tardive, par A. CARTAZ (*Revue de laryng.*, *mai* 1889).

Les accidents laryngés ne sont pas rares dans la syphilis héréditaire, comme l'a montré J. Noland Mackenzie, mais en tant que manifestation tardive ils sont fort peu nombreux. Fournier, dans son livre, n'en a pu rassembler qu'une dizaine de cas. Cartaz en publie trois observations inédites, chez des sujets de 20, 14 et 12 ans. Les premiers accidents laryngés sont survenus à cet âge, et les malades étaient manifestement des hérédo-syphilitiques. Le traitement spécifique amena chez eux une amélioration rapide.

Comme signes objectifs, comme lésion, comme marche et comme suites, ces accidents tardifs ne diffèrent pas de ceux qu'on observe dans

la syphilis acquise : ulcérations superficielles au début, si légères et amenant si peu de troubles qu'elles passent souvent inaperçues; ulcères profonds, infiltration diffuse ou gommeuse, enfin lésions de sclérose.

Comme signes particuliers, on peut signaler : l'épiglotte comme siège d'élection de ces manifestations, la simultanéité fréquente des lésions de la gorge, enfin la rapidité d'évolution, l'insidiosité de ces lésions.

Cartaz insiste sur quelques points du diagnostic, sur les accidents consécutifs à redouter et sur la gravité du pronostic. A. C.

Des paralysies laryngées syphilitiques, par P. TISSIER (*Ann. mal. de l'oreille, juin* 1890).

Tissier divise les paralysies laryngées en :

1° Paralysies myopathiques, suite de lésions envahissant le tissu sous-muqueux et détruisant les muscles et abolissant leurs fonctions. Cette variété est rare, et le plus souvent les troubles phonétiques observés, même avec de larges infiltrations des cordes, dérivent d'une autre cause;

2° Paralysies récurrentielles : *a*) totale unilatérale, siégeant le plus souvent à gauche, causée par la pression du nerf par un ganglion ou une tumeur gommeuse; *b*) sténose neuropathique permanente de la glotte;

3° Paralysies par lésion du tronc ou des racines du pneumogastrique;

4° Paralysies d'origine bulbaire;

5° Paralysies d'origine centrale.

Ces paralysies s'observent le plus souvent à la période tertiaire; au début, le traitement spécifique peut donner de bons résultats.

A. CARTAZ.

De la dysphonie nerveuse chronique, par E. BRISSAUD (*Arch. de laryngol., III, n°* 1).

Dans ce travail, Brissaud étudie des troubles de la phonation, caractérisés par de l'enroument, de la raucité de la voix, une voix de fausset, eunuchoïde, variables en un mot d'un sujet à l'autre, mais intimement liés à une prédisposition névropathique héréditaire.

Cette altération date de l'enfance, persiste toute la vie et n'est liée à aucune lésion laryngée; parfois un défaut de tension des cordes, une parésie de l'accommodation des muscles du larynx. Ces troubles vocaux n'existent que dans la voix parlée, le chant est net; dans aucun cas, sur les dix publiés, il n'y a eu aphonie comme chez les hystériques; c'est une raucité permanente, particularité qui classe cette manifestation à part des troubles hystériques et qu'on pourrait rapprocher du bégayement, des signes de l'astasie-abasie.

Ces dysphoniques, chez lesquels on retrouve des caractères de névroses, tics, neurasthénie, etc., ont perdu la fonction automatique du larynx, tandis qu'ils peuvent, en chantant, obtenir de leur glotte vocale des actes musculaires relativement compliqués. C'est un trouble d'accommodation des muscles glottiques dans les actes automatiques de la phonation. A. CARTAZ.

itrag zur Localisation des corticalen Stimmcentrum beim Menschen (Contribution à l'étude du centre cortical du larynx), par J. ROSSBACH (*D. Arch. f. klin. Med., XLVI, p.* 140).

J. Rossbach publie une observation qui peut servir à l'établissement un centre cortical d'innervation laryngée.

Femme de 56 ans. Parésie des deux membres supérieurs et des deux ıembres inférieurs. Paralysie du facial inférieur du côté gauche. Par le ıryngoscope on constate que la corde vocale du côté gauche pendant l'émission du son reste immobile dans la situation moyenne de la respiration; la orde vocale droite au contraire s'avance jusqu'à la ligne médiane. La paalysie est plus marquée au membre supérieur gauche qu'au membre supéieur droit. La parole est modifiée, comme assourdie, rappelant ce que l'on onstate lorsqu'il existe une tumeur du pharynx. La déglutition est gênée, il y a une sensation particulière de rétrécissement du pharynx.

A l'autopsie, on trouva une petite tumeur de la région cervicale de la noelle qui expliquait sans doute la parésie des quatre membres. Du côté du cerveau, il y avait à droite une dégénérescence de l'insula, semblable à celle qui caractérise la porencéphalie, qui atteignait en même temps l'opercule, la partie inférieure du lobule paracentral et des circonvolutions ascendantes. La paralysie de la corde vocale serait attribuable à la lésion de l'insula.

A. M.

Laryngotomie wegen intralaryngealer Luftcyste (Laryngotomie pour un kyste aérien du larynx), par G. LEDDERHOSE (*Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie, XXIX, p.* 411 ; 1889).

Homme de 62 ans, opéré 4 ans auparavant par Luecke d'un kyste aérien du cou du volume du poing; depuis deux ans une nouvelle tumeur, visible au laryngoscope, s'est développée sur la paroi interne droite du larynx. Cette tumeur, lisse et arrondie, de la grosseur d'une noisette, a été plusieurs fois ponctionnée et n'a donné issue qu'à un liquide muqueux, filant, mélangé d'air; mais, depuis quelques semaines, elle provoque chaque nuit des accès de suffocation. — Opération : trachéotomie préalable et tamponnement avec la canule de Trendelenburg, puis section médiane du larynx dans toute sa hauteur : la tumeur, affaissée comme un sac vide, est excisée; sa cavité envoyait deux prolongements dans l'épaisseur des ligaments laryngiens, qui sont également disséqués et réséqués; suture de la muqueuse au catgut et tamponnement à la gaze iodoformée; au bout de 48 heures on retire les tampons, on suture la plaie opératoire et on retire la canule. Pneunomie consécutive à droite, suppuration abondante de la plaie et nécrose partielle du cartilage thyroïde, enfin guérison au bout de 2 mois. La voix demeura rauque. L'examen microscopique de la paroi du sac fit voir une enveloppe de tissu conjonctif peu dense et un revêtement épithélial composé de plusieurs couches de cellules cylindriques, nucléées, à cils vibratiles.

L'auteur pense qu'il s'agissait d'un prolongement congénital de la muqueuse ventriculaire, anormalement développé sous l'influence de la toux et des efforts vers le cou d'une part et vers la cavité laryngienne d'autre part; le sac, en s'affaissant pendant la nuit, faisait office de soupape et donnait lieu de la sorte à des accès de suffocation. DE SANTI.

A case of myxoma of the epiglottis, par Vander POEL (*New York med. journ., 6 septembre* 1890).

Homme de 55 ans, entré à l'hôpital pour de la raucité de la voix, des accès

de suffocation et une grande difficulté d'avaler. Les troubles de la déglutition ont amené une émaciation considérable, par défaut d'absorption alimentaire suffisante. On constate la présence d'une énorme tumeur siégeant sur le repli glosso-épiglottique obstruant le pharynx en grande partie. L'aspect de la tumeur fait croire à un kyste; la ponction ne donne aucun liquide. Ablation à l'anse galvano-caustique. L'examen histologique fait reconnaître un myxome. Le malade se rétablit, peut avaler, mais il succombe deux mois après avec tous les signes de l'anémie pernicieuse. A. CARTAZ.

Die Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung (La position médiane ou adduction de la corde vocale dans la paralysie du nerf récurrent), par R. WAGNER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXX, Heft* 3).

En sectionnant le nerf laryngé inférieur d'un côté ou des deux côtés à la fois sur huit chats chloroformés, Wagner a constaté que la corde vocale se rapproche de la ligne médiane eu se plaçant dans l'adduction. Comme le muscle crico-aryténoïdien latéral est innervé par le récurrent, ces expériences montrent que cette position spéciale n'est pas déterminée par l'action dudit muscle adducteur de la corde vocale.

Pour savoir sous l'influence de quel muscle celle-ci se met en adduction, Wagner fit une seconde série d'expériences sur cinq chats : après avoir sectionné le nerf laryngé inférieur et mis la corde vocale dans la situation susmentionnée, il coupa le nerf laryngé supérieur et moyen, afin de paralyser le muscle crico-thyroïdien. Alors il constata au laryngoscope que la corde vocale avait cessé d'être en adduction et avait pris la position dans laquelle elle se trouve sur le cadavre.

Comme conclusion générale, il faut donc admettre que la corde vocale se met en adduction, dans les cas de paralysie du nerf récurrent, par le fait du muscle crico-thyroïdien. ED. RETTERER.

Behandlung eines Larynxcarcinoms durch Elektrolyse, par SCHOETZ (*Berlin. klin. Woch., n°* 10, *p.* 235, 10 *mars* 1890).

Homme de 40 ans, bien portant jusqu'en novembre 1889, où il fut pris de toux de plus en plus intense et bientôt accompagnée de douleurs de gorge et de dysphagie. Le 7 mars, Schœtz constate l'état suivant : Bronchite du sommet droit. Sur la partie droite de la face postérieure de l'épiglotte et proéminant dans le ventricule de Morgagni droit, tumeur grosse comme une noix, lisse, parcourue par de fines ramifications vasculaires. A première vue, il semble qu'on ait affaire à un kyste de l'épiglotte; mais le stylet s'enfonce dans la tumeur et ne ramène que du sang. Reste du larynx intact. Voix normale. Gêne considérable de la déglutition des aliments solides. L'ablation galvanocaustique d'un fragment de la tumeur ayant augmenté la dysphagie, le 23 mars, Hahn pratique la pharyngotomie sus-hyoïdienne et la laryngotomie. Il enlève, outre l'épiglotte, un tronçon de la moitié droite du cartilage thyroïde et deux paquets ganglionnaires carotidiens. L'examen microscopique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un cancer glandulaire. Le 6 mai, l'opéré quitte l'hôpital. Mais dès le lendemain Schœtz constate une récidive locale qui a déjà les dimensions d'une noisette, et trois mois après l'opération la tumeur a repris ses dimensions premières. A la fin de juillet, elle est assez volumineuse pour être visible lorsque le malade ouvre la bouche. Accès de suffocation nocturnes, insomnie, dysphagie extrême. Refus d'une nouvelle extirpation. Le 8 août, Schœtz fait une première séance d'électrolyse, le pôle

positif appliqué sur le sternum, le négatif (aiguille) enfoncé dans la tumeur préalablement cocaïnisée. L'intensité du courant oscille de 20 à 30 milliampères; chaque séance dure de 20 à 30 minutes. Après les électrolyses, la tumeur est saupoudrée d'iodoforme.

Dès la 3e séance, l'amélioration était manifeste; après la 18e, la respiration est redevenue libre, il n'y a plus de dysphagie, et la tumeur, qui était grosse comme une pomme, est réduite aux dimensions d'un haricot. J. B.

I. — Zur Statistik des Totallexstirpation des Kehlkopfes im functionnellen Stimme (Résultat fonctionnel de l'extirpation totale du larynx. Voix parlée), par Hans SCHMID (*Arch. f. klin. Chir., XXXVIII, p.* 132).

II. — Erzeugung einer natürlichen Pseudostimme bei einem Manne (Production d'une pseudo-voix naturelle après extirpation totale du larynx), par LANDOIS et STRÜBING (*Ibidem, XXXVIII, p.* 143).

I. — Hans Schmid présente le 4 août 1888 à la Société médicale de Greifswald un malade qui, après avoir subi l'extirpation totale du larynx, est arrivé à parler dans des conditions véritablement extraordinaires. Il avait été opéré le 8 octobre 1886 par Riegel pour une affection diagnostiquée cancéreuse, mais qui n'était probablement que syphilitique. Quelques granulations qui se développèrent dans la plaie avant la cicatrisation furent considérées comme carcinomateuses et réséquées. Quand le malade quitta l'hôpital, il semblait n'avoir plus que quelques jours à vivre, et on fut singulièrement étonné de le voir revenir au printemps de 1888 avec toutes les apparences de la santé pour demander une nouvelle canule. La plaie était cicatrisée, et toute espèce de communication entre la trachée et la bouche s'était complètement oblitérée; et cependant, bien que les voies respiratoires fussent absolument séparées de la bouche, bien qu'il ne passât pas un atome d'air par la bouche qu'il n'eût pas de larynx, cet homme pouvait parler d'une manière très claire et très intelligible. Il prononce parfaitement toutes les lettres, seulement le son de la voix est un peu rauque et sans aucune modulation. Le malade ne peut chanter. Il parle sans effort, sans interruption, sans que la respiration ait d'influence sur l'émission de la voix. Il est singulièrement difficile d'expliquer dans ce cas la production du son. Il semble se former au niveau de l'isthme du gosier, dont les muscles se sont très développés. Mais on ne peut déterminer quel est l'agent qui met les muscles en vibration, puisque la colonne d'air manque. L'auteur pense, d'après l'avis de Rosenthal, que c'est la voix chuchotée qui s'est développée par l'exercice. Comme la voix de ce malade est bien meilleure que celle qu'on obtient avec le larynx artificiel, Schmid, pensant que d'autres malades pourraient également l'acquérir, se demande s'il ne vaudrait pas mieux dans toutes les extirpations complètes du larynx, renoncer d'emblée à maintenir une communication entre la bouche et la trachée. On simplifierait ainsi l'opération et l'on éviterait le danger de la pneumonie par la déglutition.

II. — Landois et Strübing ont étudié le malade de Schmid. Voici, d'après eux, comment la voix se produit chez lui. A la place du larynx enlevé il s'est formé une cavité qui sert de réservoir à air. La contraction musculaire chasse l'air de ce réservoir, qui se remplit passivement lorsque la contraction cesse. Le son se produit, suivant les cas, soit entre la base de la langue et la paroi postérieure du pharynx, soit entre le dos de la langue et la voûte palatine. PIERRE DELBET.

Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable, par PÉRIER (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XVI*, *p.* 239.— **Discussion** (*Ibidem*, *p.* 245, 259).

Chez un malade de 66 ans, qui portait sur la corde vocale inférieure gauche un épithélioma polypoïde proliférant en forme de chou-fleur, tumeur reparaissant après 3 ablations (avec les pinces coupantes), faites par Gouguenheim, Périer pratiqua l'opération suivante :

1° Incision transversale à un travers de doigt au-dessous du cricoïde, ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire et allant d'un sterno-mastoïdien à l'autre.

2° Incision transversale au-dessous de l'os hyoïde, allant jusque sur la membrane thyro-hyoïdienne: ces deux incisions sont réunies par une troisième, médiane et verticale.

3° section de l'isthme du corps thyroïde entre deux pinces. Dissection des deux faces latérales du larynx jusqu'aux bords postérieurs des lames du cartilage thyroïde et jusqu'aux sillons de séparation de la trachée et de l'œsophage.

4° De chaque côté de la trachée est passé au moyen d'une aiguille courbe un fil de soie solide, ne traversant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi. Chaque fil est noué en anse et confié à un aide prêt à ramener la trachée en avant après sa séparation du larynx.

Incision entre la trachée et le larynx; introduction immédiate dans la trachée d'une canule conique qui la bouche complètement. Sur un petit taquet porté par la convexité de la canule sont fixés les fils préalablement passés dans la trachée.

5° Le larynx soulevé par un ténaculum est facilement séparé de la paroi antérieure du pharynx. L'épiglotte saine fut laissée en place.

6° Après hémostase définitive, la trachée débarrassée de sa canule fut suturée directement à la peau aux dépens de l'incision transversale inférieure.

7° Fixation de l'ouverture du pharynx d'une façon analogue aux lèvres de l'incision transversale supérieure. Enfin suture de l'incision médiane.

Le malade, qui avait bien supporté l'opération, mourut subitement de syncope pendant la nuit.

Schwartz a retrouvé 6 cas d'extirpation totale du larynx sans trachéotomie. Sur les 7 opérés, y compris celui de Périer, 5 morts. C. WALTHER.

Angeborne Spatten des Ohrläppchens (Fissures congénitales du lobule de l'oreille), par O. ISRAEL (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXIX*, *Heft* 2).

Israel rapporte une série de malformations du pavillon de l'oreille, qu'il pense pouvoir expliquer par un arrêt de développement.

La fissure complète du segment inférieur du pavillon résulte de la non-réunion du tubercule du tragus et de l'antitragus ; c'est la persistance d'un stade embryonnaire de la 5e semaine. Souvent cette malformation est accompagnée d'appendices préauriculaires et de fistules, qui se conçoivent aisément, si on se rappelle que le lobule de l'oreille résulte de la fusion d'une portion antérieure appartenant à l'arc mandibulaire et d'une portion postérieure qui dépend de l'arc hyoïde. ED. RETTERER.

Taubstummheit und Meningitis (Surdi-mutité et méningite), par Fr. SCHULTZE (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXIX, Heft* 1).

Il s'agit d'une enfant de 8 ans qui, à la suite de céphalalgie, de fièvre, de vomissements et de constipation, devint sourde au bout de trois jours. Bientôt après, elle devint muette. Cinq ans après, la patiente mourut de tuberculose. L'examen minutieux du système nerveux et de l'organe de l'ouïe donna les résultats suivants :

1° La moelle allongée est normale: il en est de même des divers noyaux d'origine du nerf acoustique.

2° Les deux nerfs acoustiques sont profondément altérés; ils sont de diamètre moindre, atrophiés; ils se divisent, au point de vue structural, en deux moitiés à peu près d'égale étendue; dans la première moitié, les fibres nerveuses sont normales, tandis que l'autre moitié montre une absence complète de gaines de myéline et de cylindres-axes. A leur place, se trouvent des faisceaux de tissu conjonctif. Cette atrophie s'étend jusqu'au bulbe.

Le labyrinthe est altéré des deux côtés : on ne voit plus trace d'organe de Corti; les cavités du limaçon sont remplies par un tissu conjonctif ostéoïde et par des cellules arrondies. Les canaux semi-circulaires sont atteints de lésions semblables. Une partie des fibres nerveuses se trouve intacte dans le labyrinthe membraneux.

Schultze croit qu'on est en présence d'une otite labyrinthique; il est porté à penser qu'elle a pris naissance à la suite d'une méningite qui aurait envahi l'oreille interne; l'inflammation des méninges aurait produit les lésions des nerfs acoustiques en même temps que celles du labyrinthe membraneux. ED. RETTERER.

I. — Case of cerebral abcess, par Marmaduke SHEILD (*Brit. med. j.*, *p.* 1097, 16 *novembre* 1889).

II. — Klinical remarks on a case of abcess... (Abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche consécutif à une otite moyenne), par W. Watson CHEYNE (*Ibidem*, *p.* 225, *février* 1890).

III. — Abcess of the cerebellum following chronic otitis media, par W. MILLIGAN et W. WARE (*Ibidem*, *p.* 231).

IV. — An analysis of 57 fatal cases of ear-disease..., par G. Newton PITT (*Brit. med. j.*, *p.* 643, 22 *mars* 1890).

V. — The treatment of suppurative... (Traitement de la mastoïdite suppurée), par Arbuthnot LANE (*Ibidem*, *p.* 707, 29 *mars* 1890).

VI. — Treatment of Pyœmia... (Traitement de la pyohémie consécutive aux maladies de l'oreille), par Arbuthnot LANE (*Ibidem*, *p.* 1480, 28 *juin* 1890).

VII. — Two cases of subdural abcess... (Abcès sous la dure-mère, consécutif à l'otite moyenne et à la mastoïdite), par Arbuthnot LANE (*Ibidem*, *p.* 1301, *juin* 1890).

VIII. — Cerebral symptoms accompanying disease of the middle ear..., par SAINSBURY et BATTLE (*Ibidem*, *p.* 1133, 17 *mai* 1890).

I.—Il s'agit, dans le fait de Sheild, d'un malade atteint d'une otorrhée chronique, qui, après avoir eu des vomissements et de la céphalée, avait fini par guérir en apparence. Tout à coup survinrent des frissons et de la dyspnée à

type de Cheyne-Stokes. On trépana le crâne à la région temporo-sphénoïdale et on trouva un abcès contenant un drachme de pus fétide, au niveau du lobe cérébral correspondant. Le malade succomba 24 heures après. L'autopsie montra une carie du rocher et un abcès du lobe temporo-sphénoïdal gros comme un œuf. Le drain y pénétrait bien, mais l'abcès, qui était de vieille date, avait percé vers les ventricules et déterminé une méningite basilaire. Il était resté plusieurs semaines absolument latent, sans symptômes.

A cette occasion, Sainsbury mentionne le fait suivant :

Un garçon de 7 ans, atteint d'otorrhée, se plaint de céphalée, de fièvre, de vomissements et de diarrhée. On constate chez lui de la névrite optique, et on diagnostique un abcès sans pouvoir en préciser le siège. Une ponction exploratrice du lobe temporo-sphénoïdal donne lieu à un écoulement de sérosité jaunâtre, non purulente; on ne pousse pas plus loin la tentative. Quelques jours après, l'enfant allait plus mal, on fait une seconde exploration et une ponction dans le cervelet. L'enfant a une syncope et manque mourir, on ne va pas plus loin. Le lendemain il meurt; à l'autopsie, on trouve un gros abcès à la partie antérieure du cervelet, qui avait complètement échappé.

H. R.

II. — Homme de 26 ans souffrant d'une otorrhée chronique de l'oreille gauche depuis 8 ans. Début des accidents le 7 septembre, par une douleur violente dans la région temporale ; frissons le lendemain et vomissements. A son arrivée à l'hôpital, le 11 septembre, douleur térébrante, fixe, dans la fosse temporale au-dessus de l'arcade zygomatique; pas de troubles visuels ni de névrite optique, parole et intelligence normales. On se borne à un traitement local antiseptique et à des injections détersives de l'oreille.

Amélioration apparente pendant trois jours ; le 14, la douleur gagne la région occipitale. Le lendemain, fièvre intense, délire et vomissements, frissons, pupille gauche dilatée, la droite contractée, tendance au coma.

Trépanation le 16 septembre à un pouce en arrière du centre du méat auditif. La dure-mère apparaît tendue, mais saine ; il n'y a pas de méningite. Après débridement de la dure-mère, le cerveau fait saillie, sans perte de substance et sans lésion apparente. En introduisant dans la substance cérébrale une aiguille creuse en dedans et en avant, un flot de pus fétide s'échappe, entraînant des débris de matière cérébrale macérée; agrandissement de l'ouverture avec une spatule mousse et drainage.

Suites de l'opération pénibles : état subdélirant, fébrile, frissons répétés, faisant craindre des accidents pyohémiques. Six jours après, on refait une nouvelle opération, et on trépane l'apophyse mastoïde, sans trouver d'ailleurs de collection purulente; l'exploration du cerveau avec une aiguille ne révèle pas de nouveau foyer. L'état général reste mauvais, le pouls faible et irrégulier.

Le 26 septembre, hémiplégie droite incomplète, sans paralysie faciale, ptosis. Ces accidents disparaissent graduellement les jours suivants, mais il persiste de l'hémiopie. Finalement guérison lente dans le mois de décembre.

L'auteur fait suivre ce cas de réflexions intéressantes. Il insiste sur l'obscurité des signes initiaux de l'abcès, qui ont trop fait retarder l'intervention chirurgicale; sur la valeur des frissons, qui ressemblaient à ceux de la pyohémie, et qui avaient fait craindre une phlébite du sinus latéral ; enfin sur la paralysie temporaire, due vraisemblablement à une congestion du voisinage de la zone motrice.

III. — Garçon de 14 ans, souffrant depuis six ans d'une otorrhée double consécutive à une scarlatine. Le 15 novembre, après une suppression de son catarrhe auriculaire, il se plaint de violents maux de tête à droite; pas de pa-

ralysie ni de vomissements, mais nausées et hyperesthésie temporale excessive; léger degré de névrite optique.

Trépanation dès le lendemain, au-dessus et en arrière du méat auditif. Dure-mère normale, ainsi que le plancher de la pyramide et de l'os pétreux. Une aiguille enfoncée dans le lobe temporo-sphénoïdal ne décèle pas d'abcès. Une autre aiguille plus fine est introduite à travers le tissu du cervelet dans le lobe droit du cervelet, et ramène des débris de mucus cérébral et de pus, reconnaissables au microscope. La plaie du trépan est soigneusement refermée et la dure-mère suturée; séance tenante, une seconde couronne de trépan est appliquée au niveau du cervelet au-dessous du trajet du sinus latéral. Dure-mère normale et point tendue; tissu du cervelet en apparence sain. L'aiguille aspiratrice enfoncée en haut et en dedans traverse deux pouces de tissu sain; à ce moment s'échappe un flot de pus fétide. La plaie est agrandie au moyen de pinces et un drain introduit dans le foyer.

Pendant 18 heures, état très favorable; retour de l'intelligence, disparition de douleurs; puis respiration suspirieuse de Cheyne-Stokes et mort subite.

A l'autopsie, pas de méningite ni de carie du rocher, ni de phlébite des sinus. Lobes cérébraux sains; dans le lobe temporo-sphénoïdal, notamment, pas de trace de passage de l'aiguille. Le cervelet est creusé d'une cavité où pénètre le drain; il n'y en a pas d'autres; le bulbe en apparence est sain. Théoriquement le malade eût dû guérir.

L'auteur tire de ce fait la conclusion qu'on ne peut prédire avec certitude la localisation d'un abcès cérébral consécutif à une otite. L'association des lésions cérébelleuses avec la mastoïdite, celle des lésions temporo-sphénoïdales avec la carie de la pyramide, ne sont vraies que d'une façon relative. Quant à la voie de communication entre l'oreille et le cerveau, elle ne se fait pas par propagation ni continuité des tissus, mais par transport de particules septiques. H. R.

IV. — De l'analyse de cinquante-sept cas d'otite mortels, Pitt tire les conclusions suivantes :

1° Les abcès du lobe temporo-sphénoïdal, de beaucoup les plus communs, sont associés à l'inflammation et à la gangrène de la dure-mère au niveau de la surface antérieure du rocher; sauf la méningite, les autres complications sont rares;

2° Ces abcès sont presque toujours situés au voisinage de l'insertion du tympan : ils reconnaissent pour cause un écoulement insuffisant des cavités auriculaires;

3° La suppuration des cellules mastoïdiennes infecte souvent la partie postérieure du rocher, mais s'associe fréquemment à une lésion limitée de la fosse cérébrale moyenne;

4° Les abcès du cerveau ne se rencontrent que quand l'otorrhée a duré des mois et des années; leurs symptômes sont toujours insidieux : les principaux sont une céphalée fixe, persistante, et de l'obtusion cérébrale; les frissons, la fièvre et la névrite optique ne sont pas nécessairement l'indice d'une suppuration encéphalique;

5° Les abcès du cervelet sont beaucoup plus rares et dépendent d'une lésion de la dure-mère en arrière du rocher ou d'une thrombose du sinus latéral;

6° Les conditions qui favorisent le développement d'une thrombose du sinus sont la nécrose de la paroi postérieure de la caisse plutôt que celle des cellules mastoïdiennes, et une otorrhée de vieille date.

Le début de la complication est soudain et consiste en frissons, fièvre, symptômes d'infection purulente à localisation pulmonaire : la mort survient d'ordinaire au bout de trois semaines. H. R.

V. — Arbuthnot Lane insiste sur l'importance de l'inflammation du sinus mastoïdien et sur ses relations avec la paroi postérieure de la caisse et avec le sinus latéral. La suppuration de cette partie de l'oreille est encore plus dangereuse que celle des cellules mastoïdiennes, parce qu'elle est plus difficile à drainer. Aussi l'indication est-elle absolue de l'ouvrir dès la première douleur locale; mais il considère le trépan comme dangereux, en raison de la variabilité des rapports anatomiques du sinus; il préfère de beaucoup la gouge et la curette tranchante. La difficulté est d'établir une communication entre l'oreille moyenne et le sinus mastoïdien, sans léser le nerf facial et la membrane du tympan.

Suivent quatre exemples de mastoïdite ouverte de cette façon chez des enfants, avec guérison ultérieure. H. R.

VI. — Enfant de 3 ans, atteint d'otite double à la suite d'une angine couenneuse, cinq semaines auparavant. Paralysie faciale gauche, puis envahissement de l'apophyse mastoïde, qui devient fluctuante, en même temps que se déclarent des frissons quotidiens, pendant lesquels se produisent des contractions des muscles de la face. Incision, curetage de l'apophyse mastoïde, drainage de l'oreille moyenne et mise à nu de la dure-mère et de la fosse cérébrale moyenne, qu'on trouve épaissie, mais non suppurée. Les frissons continuent. Deux jours après, ouverture de la fosse cérébrale postérieure; on trouve une collection de pus entre le sinus latéral et la dure-mère, sans thrombose évidente du sinus. (Une aiguille enfoncée dans le sinus donne issue à du sang.) Nouveaux frissons. L'auteur se décide alors à lier la veine jugulaire interne, à ouvrir et à tamponner le sinus latéral. A partir de ce moment, cessation des frissons et des signes de pyohémie. Guérison lente. H. R.

VII. — 1° Fillette de 8 ans, admise le 20 mars 1890. En janvier, elle avait souffert de l'oreille droite. Cinq jours auparavant, la douleur avait reparu, assez modérée, s'accompagnant de gonflement de la région mastoïdienne. On constate de la fluctuation. L'enfant étant chloroformée, on constate que non seulement l'abcès sous-cutané communiquait avec les cellules mastoïdiennes, mais qu'il y avait une cavité suppurée occupant toute l'apophyse. En ouvrant cette cavité, on vit qu'elle avait pour parois la dure-mère et le tissu latéral, heureusement non thrombosé. Le sinus mastoïdien était plein de matière caséeuse. Après un lavage et un drainage prolongés, l'enfant guérit.

2° Homme de 23 ans. Otorrhée chronique de l'oreille droite à la suite d'une variole douze ans auparavant : deux polypes de l'oreille consécutifs. Surdité absolue.

Trépanation de l'apophyse mastoïde. Une sonde introduite dans la cavité du sinus mastoïdien arrive sur une perte de substance osseuse, et l'on trouve entre l'os et la dure-mère une collection assez considérable, la méninge formant paroi. Ablation avec la gouge du tissu osseux éburné, grattage de la dure-mère et de la membrane pyogénique qui la recouvre, drainage et irrigations. Comme dans le cas précédent, le sinus latéral formait une des parois de l'abcès et cependant n'avait pas subi de thrombose. H. R.

VIII. — Homme de 31 ans : vomissements, céphalée, somnolence, survenus en apparence après une insolation. Lenteur et difficulté de la parole, douleur spinale de l'occiput aux lombes, herpès labial. Bientôt inégalité pupillaire; congestion de la papille. On pense à de la syphilis cérébrale, et on soumet le malade au traitement ioduré, mais les accidents continuent. C'est alors qu'on

s'aperçoit de l'existence d'un polype granuleux de l'oreille. L'ablation du polype fait cesser tous les symptômes, y compris les troubles oculaires.

A ce propos, Arthur Barker signale trois cas dans lesquels il constate de la névrite optique sans lésions cérébrales, et en rapport avec des affections de l'oreille. Le premier concerne une enfant de 14 ans, atteinte d'obtusion cérébrale et de névrite optique, qui céda à l'ablation d'un polype de l'oreille. Le second est le fait d'un enfant de 8 ans, souffrant d'une otorrhée chronique, et qui eut une mastoïdite. On ouvrit le sinus mastoïdien : quelques jours après survint de la névrite optique qui dura deux mois et guérit. Un troisième fait, relatif à un homme, montre également la relation qui existe entre les suppurations chroniques de l'oreille et la névrite optique. H. R.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Traité de médecine légale militaire, par E. DUPONCHEL (*In-8° 680 pages Paris*, 1890).

La médecine légale militaire est l'étude de toutes les questions relatives aux expertises pratiquées par les chirurgiens d'armée, dans le but d'éclairer et de seconder le commandement pour l'application des lois, décrets et règlements militaires.

Ainsi limité aux expertises de l'armée, cet ouvrage prend pour cadre les grandes catégories auxquelles peuvent se réduire ces expertises d'après la diversité de leur objet, c'est-à-dire :

Expertises médicales relatives aux entrées dans l'armée (conseil de revision et aptitude militaire);

Expertises médicales relatives à la répartition des militaires malades (en temps de paix et de guerre);

... à la sortie de l'armée (réformes, retraites);

... au point de vue disciplinaire ou pénal.

Un chapitre sur les maladies dissimulées ou méconnues; un chapitre sur les maladies simulées; enfin quelques questions de déontologie et de responsabilité spéciales des médecins militaires.

Cet ouvrage fort complet, très personnel en certains points, ne se prête pas à l'analyse; mais l'énumération des divers chapitres montre quelle sera son utilité pour initier les médecins de la réserve ou de la territoriale à leurs devoirs militaires, et constitue un excellent vade-mecum pour les praticiens appelés habituellement ou éventuellement à participer à des opérations de médecine légale militaire (conseils de revision, commissions de réforme, etc.). MAUBRAC.

Versuch einer kurzer Anleitung in der Taktik der Sanitätstruppen (Essai de tactique des troupes sanitaires), par WAHLBERG (*Deutsche militärärztliche Zeitchrift, p.* 49; 1889).

Ce travail, fait par un médecin russe sous l'inspiration du général

Dragomiroff, constitue une tentative originale sur la valeur de laquelle il est difficile de se prononcer, mais qui présente, en théorie du moins, une apparence séduisante. L'auteur part de ce principe « qu'en temps de paix il ne faut enseigner au soldat que ce qu'il aura réellement à faire en temps de guerre » ; toute l'instruction par exemple du fantassin et du cavalier a pour objet de lui apprendre comment il pourra efficacement avancer, reculer, se grouper, attaquer ou battre en retraite. Rien de semblable pour l'éducation de nos troupes sanitaires, qui, à part une instruction théorique superficielle, n'ont aucune notion de leur rôle au combat et surtout des moyens à employer pour remplir ce rôle. De là la nécessité d'une tactique sanitaire avec laquelle les médecins devront être aussi familiarisés que les officiers le sont avec la tactique de combat.

Cette tactique aura pour but d'apprendre aux troupes sanitaires à se mouvoir, se déployer, se rassembler, à mettre en œuvre leurs moyens d'action, sans qu'il en résulte ni désordre, ni encombrement, ni perte de temps ; elle consistera, en un mot, dans l'étude de l'emploi rationnel des moyens de secours dont disposent les formations sanitaires. Cette étude peut être théorique ou pratique, d'où une tactique sanitaire pure et une tactique sanitaire appliquée.

C'est la tactique pure des troupes sanitaires et principalement de la fraction sanitaire des corps de troupes, c'est-à-dire du service sanitaire régimentaire, que l'auteur étudie dans ce travail. Il considère la *section sanitaire*, c'est-à-dire l'ensemble du service sanitaire, d'un bataillon comme l'unité tactique sanitaire, au même titre que le bataillon, l'escadron ou la batterie sont les unités tactiques de l'infanterie, de la cavalerie et de l'artillerie ; le médecin la commande, aidé de ses subordonnés, d'une façon aussi indépendante que l'officier qui commande la section hors rang ou la musique. Cette section se compose d'un certain nombre de médecins (officiers), sous-officiers, soldats, voitures, brancards, etc., de telle sorte qu'elle est subdivisible, au moins comme personnel, en 4 pelotons (un par compagnie), subdivisibles eux-mêmes en 4 escouades de 4 hommes. (Il y a, comme on le voit, avec cette organisation, 4 brancards et 16 brancardiers par compagnie, tandis qu'en France on ne compte que 2 brancards et 4 brancardiers.)

Avec ces données, Wahlberg a pu réglementer sous forme d'une théorie assez simple tous les mouvements de la section sanitaire. On trouvera dans son travail les indications nécessaires pour la formation en ligne, le déplacement, la formation en colonne de la section sanitaire, le déploiement en chaîne des brancardiers et le fonctionnement de ces divers éléments sur le champ de bataille, pendant le combat offensif ou défensif.

L'auteur publiera prochainement la seconde partie de ce travail, c'est-à-dire la tactique appliquée ; mais, jusqu'à ce jour, les essais de cette tactique, appliqués, grâce au bon vouloir du commandement, sur le 3e bataillon de chasseurs finlandais, auraient donné d'excellents résultats.

DE SANTI.

Vergleichende Untersuchungen über verschiedene, zu Unterkleidern verwendete, Stoffe (Expériences comparatives sur diverses étoffes employées comme vêtements), par NOCHT (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift, p.* 92; 1889).

L'auteur est un médecin de la marine allemande qui a entrepris, à l'Institut hygiénique de Berlin, une série d'expériences comparatives sur la conductibilité de la chaleur, l'hygrométricité et la perméabilité à l'air de différentes étoffes, à l'état sec ou à l'état humide. Ces étoffes sont la flanelle réglementaire de la marine, en pure laine, la flanelle mince en demi-laine, la futaine, la toile de coton et des tissus spéciaux de laine et de coton; les résultats visent spécialement la marine, c'est-à-dire la question du vêtement colonial.

Et d'abord l'auteur démontre que, toutes choses égales, la nature du tissu n'influe pas sur la rapidité du refroidissement du corps : c'est seulement l'épaisseur du tissu qui est en cause. En conséquence, dans les pays chauds et secs, où les vêtements de laine sont trop chauds, on pourra leur substituer des vêtements de coton de même épaisseur et de même structure sans avoir à redouter des refroidissements plus faciles. — Mais, quand ces tissus sont mouillés, le refroidissement est beaucoup plus intense avec le coton qu'avec la laine. En outre, tandis que le coton et les étoffes de coton s'imprègnent facilement de la transpiration, mais une fois imprégnés n'absorbent plus l'eau d'évaporation, les tissus de laine s'imprègnent difficilement, mais, quoique imprégnés, demeurent encore absorbants : il en résulte que dans les pays chauds et humides la laine est préférable au coton. — Au point de vue hygrométrique, la toile de coton et la futaine sont plus hygrométriques, c'est-à-dire se laissent plus facilement imprégner par l'eau que la flanelle, mais celle-ci (et tous les tissus de laine) retient proportionnellement plus d'eau dans ses mailles que les étoffes de coton; enfin la dessiccation des tissus humides à 37° se fait beaucoup plus vite pour la toile de coton que pour la futaine. DE SANTI.

Die in der Preussischen Armee gesammelten Erfahrungen... (Rapport général sur les résultats du traitement de la sueur des pieds par la solution d'acide chromique, dans l'armée prussienne. — Note du ministère de la guerre (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift, p.* 199; 1889).

En présence des résultats obtenus par quelques chirurgiens dans le traitement de la bromhydrose par l'acide chromique à 5 ou 10 0/0, le ministère de la guerre allemand avait adressé aux médecins généraux de corps d'armée, dès le mois de juillet 1888, une circulaire pour leur recommander ce traitement et leur en fixer le mode d'application. Une seconde circulaire du 30 novembre 1888 prescrivit, pour éviter les accidents inflammatoires locaux et les empoisonnements généraux, de n'employer que de l'acide chromique très pur et à un titre même inférieur à 5 0/0.

Ce sont les résultats de ce traitement qui sont exposés dans la note actuelle : sur plus de 18,000 individus qui l'ont subi, on compte 42 0/0 guérisons, 50 0/0 améliorations et 8 0/0 insuccès. — Bien que l'opération ait été faite plus de 25,000 fois, on n'a pas constaté un seul cas d'empoi-

sonnement. Dans quelques cas, il est vrai, la suppression de la sueur des pieds a amené l'apparition de sueurs locales en d'autres points du corps, mais jamais d'accidents graves.

Le procédé est d'ailleurs très simple. Il consiste à badigeonner avec un pinceau ou un tampon d'ouate la plante des pieds et l'interstice des orteils avec la solution à 5 0/0. La peau devient immédiatement brun jaunâtre, comme métallique; elle se durcit, se rétracte et, au bout de quelques jours, s'exfolie : on répète alors la cautérisation. — Il suffit parfois d'un seul badigeonnage pour amener la guérison ; le plus souvent, il en faut 2 ou 3, à une ou deux semaines d'intervalle.

Le rapport conclut que l'acide chromique est un des plus actifs, sinon le plus actif des agents employés dans le traitement de la bromhydrose; qu'il est facile à appliquer, peu coûteux, inoffensif, à la condition d'être pur et en solution faible, mais que son application doit être réservée aux seuls médecins ou aux infirmiers sous la direction des médecins, et que, pour les individus qui présentent des plaies aux pieds, il ne faut l'appliquer qu'après la cicatrisation des plaies. Le meilleur moyen de l'appliquer est de donner préalablement un bain de pieds, de sécher complètement le pied, puis de faire le badigeonnage quelques instants avant l'heure du coucher : l'opération doit être renouvelée au bout de 8 à 14 jours. DE SANTI.

Einige Bemerkungen zur Frage der Heilbarkeit der Hernien (Quelques remarques sur la question de la curabilité des hernies), par VILLARET (*Deutsche militararztliche Zeitschrift, n° 12, p. 532; 1888*).

L'auteur rapporte quelques mésaventures arrivées à l'un de ses confrères et à lui-même à propos de hernies inguinales récentes, apparues chez des jeunes gens à la suite d'un effort violent et guéries complètement en l'espace de quelques jours, sans opération, par le simple port d'un bandage. Ces faits, d'apparence paradoxale, sont plus communs qu'on ne le croit : c'est pourquoi il faut se garder de conclure d'emblée à l'incurabilité quand on a affaire à une hernie inguinale récente, et l'auteur formule ainsi le résultat de ses recherches sur la question :

1° Toute hernie récente doit, en principe, être considérée comme curable. Dans tous les cas, il faut distinguer nettement les hernies récentes des vieilles hernies qui ne peuvent être contenues qu'à l'aide d'un bandage permanent.

2° Le pronostic, au point de vue de la curabilité, est d'autant meilleur que la hernie est plus récente, qu'il s'est écoulé moins de temps entre sa première apparition et sa réduction et qu'elle a été mieux contenue.

3° Les hernies qui sont la conséquence d'efforts peu intenses, de travaux journaliers, de manœuvres banales et professionnelles, ont moins d'aptitude à la guérison que celles qui résultent d'une violence anormale, d'un effort ou d'un travail exceptionnels.

4° La largeur du canal inguinal et la béance de l'anneau aggravent considérablement le pronostic de la curabilité.

5° Au point de vue militaire, les hernieux ne doivent être considérés comme impropres au service que lorsque, au bout d'un certain temps d'observation, il est manifeste qu'ils ne peuvent se passer d'un bandage.

DE SANTI.

Selbstverstümmelung durch Durchbohrung des Trommelfels (De la mutilation volontaire par perforation du tympan), par J. KARLINSKI (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift, n° 2, p. 66, 1888*).

1° Un soldat reçoit d'un sous-officier un soufflet sur la joue droite; le lendemain il se plaint d'élancements et de bourdonnements dans l'oreille gauche; l'examen otoscopique ne révèle cependant rien d'anormal, mais on remarque à l'entrée du conduit auditif de ce côté quelques écorchures superficielles auxquelles succèdent les jours suivants du gonflement et de la rougeur du conduit auditif; ces lésions guérissent rapidement, mais dix jours après le malade accuse de nouveau des douleurs dans l'oreille et une injection ramène de son conduit auditif un bout d'allumette de bois; on constate en même temps une perforation du tympan.

2° Un gendarme se plaint d'élancements et de bourdonnements dans l'oreille gauche; le conduit auditif et le pavillon de l'oreille sont rouges et boursouflés, en outre il existe du gargouillement auriculaire quand le malade se mouche. L'injection auriculaire ramène dans ce cas des parcelles de chaux vive mélangées à du sang et du pus.

3° Un soldat accuse, à la suite d'une séance de tir, des bourdonnements et une surdité complète de l'oreille droite; l'examen otoscopique révèle une perforation nette du tympan et deux petites ulcérations de la muqueuse du conduit auditif interne; or, l'enquête démontre que le soldat a été vu par ses camarades fouillant dans son oreille avec un fil de fer.

Il s'agit donc bien dans ces trois cas de mutilations volontaires et ce genre de simulation paraît moins rare que ne l'admet Heller. DE SANTI.

Objektive Bestimmung der Refraktion des Auges durch Skiaskopie (Détermination objective de la réfraction oculaire par la skiascopie), par OVERWEG (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift, n° 4, p. 157, 1889*).

L'auteur fait connaître le procédé de détermination objective de la réfraction imaginé par Cuignet et connu en France sous le nom de *Kératoscopie* : il insiste sur les avantages qu'offre cette méthode au point de vue de la rapidité et de la simplicité des examens. Par exemple, dans les conseils de revision, il fait connaître quelques modifications pratiques apportées par Schweigger au procédé primitif. On sait, par exemple, que la kératoscopie ne permet de déterminer et de mesurer que les myopies fortes, c'est-à-dire que les myopies dont le punctum remotum se trouve à une distance inférieure à celle qui sépare l'œil examiné de l'œil examinateur, 50 centimètres en moyenne. Pour les myopies supérieures à 3 D (ou 1/12) le punctum remotum du myope étant en arrière de l'œil de l'examinateur, celui-ci ne peut apprécier sa distance. Mais il suffira de mettre devant l'œil examiné un verre convexe un peu fort pour changer la myopie faible du patient en une myopie forte et se placer dans les conditions favorables à l'expérience. Un myope de 1 D, armé d'un verre convexe de 5 D, se comportera comme s'il avait une myopie de 6 D; on pourra également, avec le même verre convexe de 5 D, faire d'un emmétrope un myope de 5 D et d'un hypermétrope, suivant le degré de son hypermétropie, un myope de 4 D et au-dessous.

Schweigger en conséquense conseille, toutes les fois que l'on n'a pas affaire à une myopie forte, c'est-à-dire *toutes les fois que le croissant*

ombre ne se meut pas distinctement en sens inverse des oscillations du miroir, se placer devant l'œil dont on veut déterminer la réfraction un verre convexe de 5 dioptries ($+\frac{1}{8}$) ou de 8 dioptries ($+\frac{1}{5}$) et d'opérer comme si l'on avait affaire à une myopie forte en rectifiant le résultat obtenu à l'aide des tables suivantes :

Avec un verre de + 5 D.				*Avec un verre de* + 8 D.			
Une dist. de	12	c. indique 1 myopie de	3 D	Une dist. de	12	c. indique l'Emmétropie	
—	14	—	2	—	14	l'Hypermatropie de	1 D
—	16	—	1	—	16	—	2
—	20	l'Emmétropie		—	20	—	3
—	25	l'Hypermétropie de	1	—	25	—	4
—	33	—	2	—	33	—	5
—	50	—	3	—	50	—	6

Ce procédé simple et ingénieux est encore facilité par l'emploi du miroir plan de Schweigger auquel est adapté un ruban métrique qui se déroule quand on s'éloigne de l'œil examiné, s'enroule automatiquement quand on se rapproche et peut être arrêté à la distance voulue. DE SANTI.

Ein Beitrag zur Behandlung der Furunkel, par LEU (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift, p.* 289, 1889).

L'auteur établit d'abord par une petite statistique l'importance du furoncle comme cause d'indisponibilité chez le soldat et l'intérêt qu'il y a à diminuer la durée du traitement de cet accident. Après avoir passé en revue les modes de traitement principaux du furoncle, le cataplasme, l'incision, la cautérisation précoce à l'ammoniaque caustique (Rupprecht) ou à l'acide phénique (Ullmann), les frictions mercurielles (Th. Roth), la pommade de Klein à l'acide phénique et au mercure, enfin les injections interstitielles d'acide phénique dilué (Hueter, Aufrecht, Hagen, etc.), il expose son mode de traitement, qui se rapproche beaucoup de celui de Bidder.

Ce traitement, que l'auteur a expérimenté sur lui-même d'abord, consiste, dès que le furoncle apparaît, à ponctionner le sommet de la tumeur avec une étroite lancette, puis, avec une seringue de Pravaz, à injecter, dans le foyer inflammatoire, une solution phéniquée à 2 ou 3 0/0. Mais la ponction à la lancette est elle-même inutile, surtout si l'on se sert, comme le fait Bidder, d'une forte seringue de Pravaz (seringue de Lewin), Pansement à l'ouate salicylée ou avec une pommade boriquée ou phéniquée. La guérison s'obtient de la sorte en 4 ou 5 jours sans suppuration.

Ce procédé n'est évidemment applicable qu'aux furoncles qui ne sont pas encore sphacélés et dont le pus n'a pas fusé dans le tissu cellulaire, cependant on peut l'employer aussi dans ce cas et on observe alors une accélération notable de la guérison.

Contrairement à l'assertion de Jorrissene, l'injection phéniquée interstitielle ne serait pas douloureuse, ce que Leu attribue aux propriétés anesthésiques de l'acide phénique.

La durée de l'indisponibilité est par ce procédé, surtout quand il s'agit d'un furoncle au début, réduite presqu'au néant ; sur 12 malades ayant des furoncles de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix,

7 n'interrompirent pas leur service; les 5 autres n'eurent que 2 jours d'indisponibilité en moyenne, tandis qu'avec les autres traitements l'indisponibilité moyenne était de 6 jours à la chambre et 11 jours à l'infirmerie. En conséquence l'auteur résume de la sorte les avantages de sa méthode :

1° Durée plus courte du traitement et résultat meilleur comme cicatrice.

2° Possibilité de traiter la plupart des malades et sans inconvénient pour eux pendant qu'ils font leur service.

3° Innocuité de l'acide phénique tant au point de vue général qu'au point de vue local.

4° Simplification de l'appareil instrumental, une seringue de Pravaz et une fiole de solution phéniquée qu'on pourra emporter partout en tout temps, ce qui, pour les manœuvres et en campagne, est inappréciable.

DE SANTI.

La fièvre typhoïde dans la garnison de Paris en 1889 ; ses rapports avec l'eau de boisson, par SCHNEIDER (*Revue d'hyg. et police sanit., XII*, p. 25 *et* 33, *janvier* 1890).

Les cas de fièvre typhoïde dans la garnison de Paris se sont élevés pendant les 3 premiers trimestres des 4 dernières années aux chiffres suivants, en constante décroissance : 1886, 575; 1887, 398; 1888, 261 et 1889, 252. D'autre part, la mortalité par fièvre typhoïde a subi également une diminution continue dans le même espace de temps : 57 décès en 1886, 51 en 1887, 44 en 1888 et 37 en 1889. Pour la mortalité, la diminution réelle est plus accentuée qu'il ne paraît à première vue, car depuis cette année la statistique de l'armée ne comprend plus la rubrique « fièvre continue » qui recelait un grand nombre de fièvres typhoïdes légères.

Quand, à plusieurs reprises, en 1889, l'administration des eaux a dû substituer l'eau de rivière à l'eau de source, les conséquences de cette mesure se sont fait invariablement sentir, environ 3 semaines après, par une recrudescence ou une apparition de la fièvre typhoïde, dans les casernes. Voici quelques faits à cet égard :

1° A la caserne du Château-d'Eau, le 31e de ligne avait eu 6 cas de fièvre typhoïde répartis sur les 4 premiers mois de 1889; aucun cas en mai ni en juin. L'eau de Seine est substituée à l'eau de la Vanne du 15 juin au 3 juillet. On observe 17 cas de fièvre typhoïde dans le 3e trimestre, dont 15 en juillet et en août.

2° A la caserne de Reuilly, le 101e et le 103e de ligne réunis ne fournissent que 5 cas, répartis sur les 6 premiers mois de 1889. Du 4 au 23 juillet, substitution de l'eau de la Seine à l'eau de source. Conséquence : 10 cas et 1 décès en juillet et août.

3° A la caserne de Latour-Maubourg, 1 seul cas en janvier, aucun de janvier à juillet. Du 24 juillet au 12 août, eau de Seine au lieu d'eau de source. Conséquence : 7 cas avec 1 décès en juillet et 4 cas en septembre.

4° A la caserne Penthièvre, le 119e de ligne n'avait eu aucun cas de fièvre typhoïde en juin; il en avait présenté 2 cas en juillet, 1 cas en août. Du 13 août au 2 septembre, l'eau de Seine est substituée à l'eau de la Vanne. On observe 21 cas en septembre.

5° A la suite d'un accident dans la canalisation, l'eau de Seine est substituée à l'eau de la Vanne, dans tout Paris, du 31 octobre au 5 novembre. Il n'y avait eu en octobre que 10 cas de fièvre typhoïde, répartis sur toutes les casernes extra-muros. Du 1er au 21 novembre on en compte déjà 14 nouveaux. Mais du 22 au 30 novembre (c'est-à-dire 3 semaines exactement après l'accident) 34 cas et 41 du 1er au 12 décembre,

Comme contre-partie, on peut signaler certains postes-casernes des boulevards extérieurs qui n'ont pas présenté un seul cas de fièvre typhoïde du 22 novembre au 12 décembre parce qu'ils ont continué à recevoir de l'eau de la Dhuis ou à sa place de l'eau de la Marne, moins noire que celle de la Seine.

En conséquence de ces faits, le ministère de la guerre a demandé à l'administration de la Ville de Paris de prévenir d'urgence l'autorité militaire chaque fois que l'on sera obligé de substituer l'eau de Seine à l'eau de source, afin de pouvoir en informer les divers corps de troupes qui ne devront alors consommer que de l'eau bouillie. J. B.

Die Geschossfrage und ihre Wechselbeziehungen zur Kriegschurgie, par **J. HABART** (*Vienne* 1890 *et Revue médic. Suisse romande*, p. 282, 1890).

Les expériences de tir ont été faites avec le nouveau fusil de l'armée autrichienne, système Mannlicher, modèle 1888, du calibre de 8 millimètres.

Les lésions des organes importants (cœur, cerveau) produites par le fusil de 8 millimètres, à grande comme à petite distance, sont mortelles.

Par suite de l'énorme force de pénétration du nouveau projectile, le corps humain sera transpercé jusqu'à une distance de 1,500 mètres ; il en résultera des lésions multiples sur la même personne, par conséquent un plus grand danger pour les parties dites nobles,, ainsi que de nombreuses hémorragies internes.

Par le fait de la grande tension de la trajectoire, un même projectile mettra plus souvent deux ou plusieurs hommes hors de combat. J. B.

Die Geschosswirkung der klein-kaliber-Geschosse (Effets des projectiles des fusils de petit calibre), par **P. BRUNS** (*Tubingue et Berlin. klin. Woch.*, *p.* 395, 1890).

Bruns a fait ses expériences avec l'arme d'ordonnance belge et le fusil allemand. L'arme belge est un fusil Mauser du calibre de 7 millimètres 65. Son projectile, formé d'un noyau en plomb et d'une enveloppe de cuivre nickelé, a 30 millimètres de long ; la charge est de 3 grammes de poudre sans fumée. La vitesse initiale du projectile est énormément accrue ; sa vitesse atteint encore à 300 mètres de distance ; la vitesse initiale du projectile de 11 millimètres est à 800 mètres celle de la balle du fusil à aiguille ; sa masse est moindre ; sa forme et sa consistance sont meilleures. De tout cela, résulte une augmentation considérable de sa force de pénétration. A 12 mètres, il perfore de part en part, nettement, des plaques de tôle de 12 millimètres d'épaisseur, il s'enfonce de 110 centimètres dans des blocs de sapin en se frayant

un trajet lisse qui ne s'élargit pas vers la fin et sans que l'enveloppe soit déformée. A 1,200 mètres, il pénètre encore de 14 centimètres dans du sapin. Son échauffement ne va jamais jusqu'à la fusion, même quand il se heurte contre des corps impénétrables.

Les essais de tir dans un caisson d'eau montrent le grand obstacle que le liquide oppose au projectile. Pour les coups tirés à très courte distance, la pression hydrostatique peut s'élever jusqu'à 8,8 atmosphères; mais elle est moitié moindre que pour les projectiles plus volumineux, et spécialement pour les balles de plomb non durci qui se déforment.

A courte distance, les projectiles à enveloppe font des trous presque nets sur des crânes vides, tandis qu'ils font éclater en nombreux morceaux les crânes contenant la cervelle. En revanche, sur les os longs, on ne constate pas de différence essentielle dans l'intensité des effets explosifs, que la cavité médullaire soit pleine ou vide. Mais les projectiles non déformables produisent beaucoup moins d'esquilles.

Les expériences sur cadavres humains montrent que relativement au fusil allemand, le modèle belge a une force de pénétration plus grande et des effets explosifs moindres. Jusqu'à 300 mètres, l'arme belge fracasse les os sur une plus faible étendue et ne détermine pas de violents dégâts dans les parties molles ; les plaies musculaires ont un canal assez lisse ; sur les crânes, l'action de la pression hydrostatique se fait toujours sentir.

Les projectiles tirés à plus grande distance (jusqu'à 1500 mètres) font des orifices d'entrée et de sortie petits, sur les os plats ou spongieux ils font des trous nets, sur les diaphyses, des gouttières ou des trous avec peu ou pas d'esquilles. Même sur les crânes, à partir de 800 mètres, on ne voit que des trous sans effets explosifs.

Les vêtements de laine et de cuir sont percés nettement, sans que des fragments en soient entraînés dans les plaies.

Les projectiles à enveloppe se déforment beaucoup moins que les anciennes balles de plomb. Les plus résistants sont ceux à enveloppe d'acier qui ne sont déformés que dans les coups tirés de près sur les os les plus durs ; encore l'enveloppe ne se sépare-t-elle point du noyau de plomb. Dans les mêmes conditions de tir, les projectiles à enveloppe de nickel se déforment davantage et leur enveloppe se déchire.

Dès la distance de 400 mètres, le projectile à enveloppe de nickel se déforme très peu ou pas du tout.

Grâce à leur énorme force de pénétration, les nouveaux projectiles traversent à 100 mètres 4 et 5 membres humains placés les uns derrière les autres et ils réduisent en esquilles de gros os ; à 400 mètres, ils traversent 3 ou 4 membres successivement et jusqu'à 1,200 mètres 2 ou 3 membres. Mais, jusqu'à 1,500 mètres, le projectile ne reste presque jamais dans les plaies. (*R. S. M.*, III, 802; IV, 712 et 715 ; V, 343 et 748 ; XV, 715; XVII, 728 et 730; XVIII, 732 et 733 ; XXX, 678; XXXII, 661 ; XXXIV, 309 et 310.) J. B.

Pansement aseptique extemporané pour la chirurgie de guerre et la chirurgie d'urgence, par DUQUAIRE (*Lyon méd.*, 26 *janvier et* 22 *juin* 1890).

Duquaire propose d'employer du papier d'amiante, enduit d'une subs-

tance combustible fixe (cire, ozokérite). On suspend ces feuilles sur un fil de fer, on les enflamme et la substance combustible brlûe en détruisant les microbes. On applique alors le papier sur les plaies.

Le prix de ce papier est peu élevé, son transport est facile.

Comme makinstosh, Duquaire emploie une feuille d'étain assez mince pour être souple, assez épaisse pour permettre le flambage.

Arloing a fait quelques expériences qui démontrent l'asepsie parfaite de ce pansement. Des feuilles plongées dans de l'eau contenant des staphylocoques pyogènes ont été les unes flambées, les autres gardées intactes. Des fragments de chacune ont été portés dans des ballons Pasteur.

Le bouillon est resté limpide avec les fragments flambés et contenait au contraire des colonies de microbes avec les fragments non flambés.

Il y a dans ce papier un moyen de contrôle de l'asepsie ; il contient environ 5 0/0 de cellulose qui, se carbonisant à partir de 200°, sert de réactif indicateur, et prouve l'asepsie par le changement de couleur.

A. CARTAZ.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1890.

A

Abcès. — Rapports des abcès sous-diaphragmatiques, par WHITE. (*Brit. med. Journ.*, 3 mai.) — Traitement des abcès froids et des caries tuberculeuses par l'émulsion d'iodoforme, par BILLROTH. (*Wiener klin. Woch.*, n° 11.) — A propos du traitement des suppurations de cavités à parois rigides : 1° pleurésie purulente; 2° abcès du sinus maxillaire (3 cas guéris par la méthode d'Hartmann), injections nasales ; 3° abcès de l'apophyse mastoïde, par CARL SCHMIDT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 146 et 173, 17 et 24 février.)

Abdomen. — Revue de chirurgie abdominale, par PRICE. (*Med. News*, 14 juin.) — Situation actuelle de la chirurgie abdominale en Angleterre, par FOUBERT. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Contribution à l'étude des blessures de l'abdomen, par VOSS. (*Petersb. med. Wochenschr.*, n° 12, 1889.) — Statistique de quatorze cas de tumeurs abdominales suivie d'une nouvelle observation de fibro-myome de l'ovaire, par MILLOT-CARPENTIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 134.) — Perforation intestinale consécutive à une contusion de l'abdomen, par LAMARQUE. (*Soc. d'anat.*, 19 mai.) — Plaie pénétrante de l'abdomen avec hernie intestinale, par DAVIES COLLEY. (*Brit. med. Journ.*, 14 juin.) — Ouraque dilaté, incision, drainage, par PRATT et BOND. (*Lancet*, 26 avril.) — Diagnostic des tumeurs du ventre, par GALLEZ. (*Mém. couronné, Acad. de méd., Belgique*, IX, 3e fasc.)

Absorption. — Expériences sur l'osmose avec les membranes mortes et vivantes, par REID. (*Journ. of physiol.*, XI, 4 et 5.)

Accouchement. — Physiologie et pathologie des couches, par H. FEHLING. (*Stuttgard.*) — Sages-femmes et antisepsie, par D. GOLDSCHMIDT. (*La médecine moderne*, 20 mars). — La pratique des sages-femmes publiques dans un cercle de l'arrondissement de Potsdam, par GLEITSMANN. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LII, 138, janvier.) — Les opérations obstétricales par les sages-femmes, par ABEGG. (*Cent. f. Gynaek.*, 3 mai.) — De la valeur du sulfate de cuivre en obstétrique, par TARNIER. (*Gaz. des hôp.*, 24 juin.) — De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, mai.) — De l'accouchement antiseptique par le sulfate de cuivre à la maternité de Pau, par ROBERT. (*Nouv. Arch. d'obst.*, mai.) — Du sublimé en obstétrique, par PICHEVIN. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 mai.) — Faut-il autoriser les sages-femmes à se servir de la canule à injections dans la pratique des accouchements ? par VALENTA. (*Wien. med. Presse*, n° 5, p. 185.) — Deux cents accouchements sans désinfection interne, par MERMANN.

(*Cent. f. Gynaek.*, 3 mai.). — De l'emploi de l'iode en obstétrique, par Mme Mendelssohn. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — De l'emploi de l'antipyrine en obstétrique, par Misrachi (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, n° 19, p. 297). — Cocaïne dans l'accouchement, par A.-L. Wagner. (*Therapeutic Gaz.*, novembre 1889.) — Accouchement, bassin oblique ankylosé, par Reynold (*Americ. journ. of obst.*, juillet.) — Bassin rachitique, accouchement naturel d'un enfant à terme, par Chaleix. (*Soc. anat. Bordeaux*, 2 juin.) — Présentation de la face, compliquée de prolapsus des pieds, des mains et du cordon, par Broom (*Lancet*, 14 juin.) — Des présentations de la face, par J. Green. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 22 février, p. 282.) — Version spontanée dans la présentation du bras, par Bennett. (*Lancet*, 7 juin.) — Des présentations de l'épaule et de leur traitement, par E.-F. Wells. (*Amer. journ. of obst.*, mars.) — De la nécessité d'un examen obstétrical précoce peur éviter les présentations définitives de l'épaule et du siège, par Lefauve. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Présentation du siège, emploi du porte-lacs, par Remy. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — De l'intervention du siège, mode des fesses, par Ollivier. (*Ann. policlin. Paris*, n° 1.) — Cause rare de présentation podalique fixe, mort du fœtus pendant la grossesse, par Truzzi. (*Ann. di ostet.*, juillet.) — Du traitement de la tête dernière et spécialement de la manœuvre de Mauriceau, par Herzfeld. (*Vienne.*) — Détachement et expulsion de la partie vaginale du col pendant l'accouchement, par Cooke Hirst. (*Med. News.*, 14 juin.) — Atonie complète de l'utérus généralisée pendant une hémorragie ante partum dans un cas de placenta prævia, par Watkins. (*Lancet*, 19 juillet.) — Thrombus du vagin pendant le travail chez une femme hémophile, embolie pulmonaire, guérison, par Loviot. (*Soc. obst. de Paris*, 13 mars.) — Infection pendant le travail, gros enfant, bassin rétréci, lavement électrique, mort par septicémie le sixième jour, par le même. (*Ibid.*) — Dystocie par atrésie incomplète de l'orifice externe. Dégagement de la tête coiffée par les parois cervicales très allongées et amincies, par Jentzer. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Dégénérescence kystique des reins chez un fœtus hydropique du terme de huit mois; cas grave de dystocie, par Guéniot. (*Bull. acad. de méd.*, 22 avril.) — Sur la durée de la délivrance chez les primipares et chez les multipares, conduite à tenir, par Murray. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Deux cas de prurit idiopathique, par Freiberg. (*Centr. f. Gyn.*, 15 février.) — De l'électrothérapie dans l'accouchement prématuré artificiel et dans la rigidité du col, par H. Bayer. (*Samml. klin. Vortr.*, 5 mars.) — Traitement des ruptures de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par Brossard. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — De la ventouse électrique; appareil pour l'excitation du travail, par Freund. (*Centr. f. Gyn.*, 28 juin.) — Plaidoyer en faveur du forceps à traction, par Hoffman. (*Med. News*, 14 juin.) — La technique de l'accouchement provoqué, par Treub. (*Arch. de tocol.*, juin.)

Acromégalie. — Acromégalie, description d'un squelette, par Thomson. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Jeune fille de 19 ans atteinte d'acromégalie, par Surmont. (*Bull. méd. du Nord*, n° 7, p. 190.)

Actinomycose. — Un cas d'actinomycose chez l'homme, par Byron. (*N. York med. journ.*, 28 décembre 1889.) — Etiologie de l'actinomycose, par Fischer. (*Centr. f. Chir.*, 31 mai.) — L'actinomycose chez l'homme et chez les animaux, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 5 juillet.)

Addison (mal. d'). — Maladie d'Addison sans pigmentation, par Counsell, (*Lancet*, 3 mai.) — Un cas de maladie d'Addison (avec autopsie), par W. Watson. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 19 avril, p. 573. — Note sur les

rapports qui existent entre les lésions des capsules surrénales et la maladie d'Addison (un cas de tuberculose ayant détruit la totalité des capsules surrénales sans qu'il y ait aucun signe de maladie d'Addison), par L. Cagliati. (*La Riforma medica*, 21 avril.) — Un cas de maladie d'Addison, par Fox. (*Journ. of cutan. dis.*, février, p. 68.) — De la maladie d'Addison, par Lefèvre. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.)

Adénome. — Du polyadénome, par Queirel. (*Marseille méd.*, n° 3, p. 179.)

Albumine. — L'action de la résorcine sur le blanc d'œuf, par J. Andeer. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXIX.) — Sur l'influence de quelques narcotiques sur le dédoublement de l'albumine, par Ken Taniguti. (*Ibid.*, CXX, 1.) — Sur le chromogène protéique donnant la réaction du brome, qui se forme par la décomposition des matières albuminoïdes, par E. Stadelmann. (*Zeitschr. f. Biol.*, XXVI, p. 491.) — Ce que devient l'albumine alimentaire dans l'organisme, par Fick. (*Münch. med, Woch.*, 7 janvier.) — De la décomposition de l'albumine des aliments dans l'organisme, par Fick. (*Sitz. berichte d. phys. med. Ges. Würzburg*, n° 1.)

Albuminurie. — Des conditions de développement de l'albuminurie, par Lang. (*Wiener klin. Woch.*, 12 juin.) — De l'albuminurie puerpérale, par Mme Bera. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — L'albuminurie, par M. H. Senator, 2e édition. (*Berlin.*) — De l'albuminurie intermittente non cyclique chez les gens bien portants, par Bertrand. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Sur les proportions de matières protéiques, survenant dans l'urine, dans les diverses formes d'albuminurie, par Paton. (*Brit. med. journ.*, 26 juillet.) — De l'albuminurie et de la néphrite interstitielle sénile, par Cabrely (*Thèse de Bordeaux*, 23 juin.) — Deux leçons sur l'albuminurie, par Goodhart. (*Brit. med. journ.*, 17 mai.)

Alcool. — Alcools impurs, par Dupuy. (*Cong. des soc. sav., Bull. méd.*, 1er juin.)

Alcoolisme. — Des idées de persécution dans l'alcoolisme, par Dourisbourg. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Maladies spéciales, l'ivrognerie, par de Smeth. (*La Clinique, Bruxelles*, 15 mai.) — Responsabilité des dipsomanes, par T. Evans. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 7 juin.) — Paralysie alcoolique, par G. Rummo. (*Riforma medica*, 21 novembre.) — L'hépatite aiguë des alcooliques, par Pillet. (*Tribune méd.*, 3 avril.) — Du delirium tremens, par Meynert. (*Soc. de méd. de Vienne*, 10 janvier.) — Du traitement de l'alcoolisme par la strychnine, par Pombrak. (*Med. Obosrenie*, n° 1.) — Etablissement de travaux forcés ou asile d'alcooliques, par Tilkowsky. (*Wien. med. Presse*, n° 3, p. 81.) — Pourquoi et comment on doit combattre l'alcoolisme, par Cristofini. (*Thèse de Paris*, 3 juillet.)

Aliénation. — Esquisse historique de l'assistance des aliénés en Allemagne, par Theod. Kirchkoff. (*Berlin.*) — Le rôle des experts en cas de troubles mentaux, par A. Leppmann. (*Berlin.*) — L'enseignement clinique de la psychiatrie, par R. von Krafft-Ebing. (*Stuttgart.*) — Des signes les plus sûrs pour juger la simulation de la folie, par Venturi (6e *Cong. soc. freniatrica ital.*, 8 septembre 1889.) — Les dispositions du nouveau Code pénal relatives à la garde des aliénés, par Tamburini. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 1 et 2.) — La responsabilité légale des aliénés, par Proal. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — La propagation de la folie et des autres névroses, par Strahan. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — La manie comprend-elle deux formes distinctes d'aliénation et peut-elle être subdivisée? par Robertson. (*Ibid.*, juillet.) — Des rapports du délire avec les halluci-

nations, par CHASLIN. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Les types d'aliénation, par BROWER. (*Med. News*, 19 avril.) — Evolution des troubles mentaux, par SAVAGE. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Le liquide céphalo-rachidien chez les aliénés, par GONZALES et VERGA. (6e *Cong. freniat. ital.*, septembre 1889.) — La cirrhose hépatique chez les aliénés, par VERGA. (*Ibid.*) — De la fréquence des maladies infectieuses chez les aliénés, par GUCCI. (6e *Cong. freniat. ital.*, septembre 1889.) — Un cas de folie du doute simulant la crampe des écrivains, par SÉGLAS. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 avril.) — La folie induite, par SEPPILLI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI 1 et 2.) — De la folie jalouse, par BALL. (*Bull. méd.*, 16 juillet.) — Folie cardiaque, par FAUCONNEAU. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Un cas d'obsessions émotives à idées de grandeur, par ADAM. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Des persécutés génitaux à idées de grandeur, par DOUTREBENTE. (*Ibid.*, mai.) — Obsession avec conscience, aberration du sens génital, par BERBEZ. (*Gaz. hebd. de méd.*, 10 mai.) — Des exhibitionnistes, par MAGNAN. (*Bull. méd.*, 14 mai.) — Nouvelles formes de paranoia, par VENTURI. (6e *Cong. freniat. ital.*, septembre 1889.) — Les lésions rénales en rapport avec l'aliénation mentale, par VASSALE. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 1 et 2.) — Du délire des persécutions ou maladie de Lasègue, par BALL. (In-8°, 113 p., *Paris.*)—Aliéné persécuté simulant l'imbécillité. Rapport médico-légal, par CLEMENS NEISSER. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LII, 291, avril.) — Délire du toucher, par CHASTENET. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Folie carbonique, par MOREAU. (*Cong. des soc. sav.*, *Bull. méd.*, 1er juin.) — De la mélancolie, par FABRET. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 9, p. 129.) — Aliénation aiguë confusionnelle, par NORMAN. (*Dublin j. of med. sc.*, juin.) — Un cas de manie transitoire, par J.-M. BELL. (*Therapeutic Gaz.*, novembre 1889.) — Un cas de psychose héréditaire, par VOISIN. (*Bull. méd.*, 25 juin.) — Débilité mentale, délire communiqué, une famille d'aliénés, par COLLIN. (*Soc. méd. psych.*, 19 mai.) — La cirrhose hépatique chez les aliénés, par VERGA. (*Arch. ital. d. mal. nervose*, XXVII, 3 et 4.) — Anomalies de l'os occipital sur 200 crânes d'aliénés, par MORSELLI. (*Arch. di psichiat.*, XI, 1.) — Pneumonie massive latente chez un aliéné de 21 ans, mort subite, par TARGOULA. (*Ann. méd. psychol.*, mai.) — Les opérations chirurgicales comme causes de folie, par GUCCI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 1 et 2.) — Du lavage de l'estomac dans la sitiophobie des aliénés, par FROSSARD. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — L'hydrate du chloral dans les maladies nerveuses et mentales, par VENANZIO. (*Arch. ital. d. mal. nerv.*, XXVII, 2, 3 et 4.) — Le massage dans les maladies mentales, par GUICCIARDI. (6e *Cong. freniat. ital.*, septembre, 1889.) — De l'hydrothérapie chez les aliénés, par MACCABRUNI. (*Ibid.*) — Les injections d'extrait d'opium dans les maladies mentales, par CANGER. (*Ibid.*) — L'antipyrine comme sédatif chez les aliénés, par AGOSTINI et BERARDUCCI. (*Ibid.*) — L'antipyrine dans l'aliénation, par ROSCIOLI. (*Ibid.*) — L'action du sulfonal dans les maladies mentales, par LOJACONO. (*Ibid.*) — De l'action hypnotique de l'ural dans les maladies mentales, par BERNARDINI. (*Ibid.*) — Observations sur le traitement des aliénés, par GOODALL. (*Lancet*, 24 mai.) — Guérison de la folie après extirpation de la barbe chez une femme, par FINDLAY. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Vélocipédie pour les aliénés, par EWART. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — La thérapeutique suggestive dans les maladies mentales, par SEPPILLI. (6e *Cong. soc. freniat. ital.*, septembre 1889.)

Alimentation. — Principes de la diététique dans les affections des organes digestifs, par BOAS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 330, 7 avril.) — De la ration azotée dans l'alimentation, par LAPICQUE. (*La Médecine moderne*, 1er mai.)

— Sur un cas de falsification alimentaire, par KONYA. (*Bull. soc. méd. de Jassy*, III, n° 5.) — Pièces d'analyse microscopique des denrées alimentaires, par BONNET. (In-18, *Paris*.)

Amputation. — Des amputations spontanées dans les traumatismes, par LOBSTEIN. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Nouvelle méthode d'amputation ostéoplastique du pied (amputation talo-calcanéenne), par KRANZFELD. (*Cent. f. Chir.*, 17 mai.) — Désarticulation scapulo-humérale pour sarcome médullaire de l'épiphyse supérieure de l'humérus droit, par G. NINNI. (*Riforma medica*, 28 novembre 1889.) — Désarticulations simultanées de Lisfranc au pied droit et sous-astragalienne, avec décapitation de l'astragale au pied gauche, par DÉMOSTHÈNE. (4e *Cong. de chir.*, *Rev. de chir.*, 1889, p. 955.) — De l'amputation sous-astragalienne, par MARLIER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 3 mai.) — Amputation de la jambe pour lésions tuberculeuses du pied, par OLLIER. (*Lyon méd.*, p. 129, 25 mai.) — Désarticulation de la hanche chez une fille de 18 ans, pour ostéo-sarcome du fémur, par MURDOCH. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 8 février, p. 211.) — Amputation non sanglante de la hanche, par WYETH. (*N. York Acad. of med.*, 14 avril.) — Quatre cents cas d'amputations faites à Saint Georges hosp. de 1874 à 1888, étude de la mortalité, par DENT et BULL. (*Royal med. and chir. Soc.*, 10 juin.) — Moignons coniques après l'amputation, par BROWN. (*N. York Acad. of med.*, 14 avril.)

Amygdale. — Amygdales surnuméraires, par DONELAN. (*Brit. med. journ.*, 17 mai.) — Le veratrum viride dans l'amygdalite, par Hudson. (*N. York med. Record*, 10 mai.) — Abcès aigu de l'amygdale, par CLARK. (*N. York med. journ.*, 26 avril.) — De l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka, par BRYSON DELAVAN. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 8 mars, p. 336.) — Déformations thoraciques dues à l'hypertrophie des amygdales, par PHOCAS. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 3.) — Amygdalotomie et ignipuncture, par DUDEFOY. (*Gaz. des hôp.*, 29 juillet.) — De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire, par DÉSIRÉ. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Epithelioma primitif de l'amygdale, par SHEEN. (*Brit. med. journ.*, 17 mai.) — Epithelioma primitif de l'amygdale, par DOWNIE. (*Brit. med. journ.*, 3 mai.)

Anatomie. — Cours élémentaire d'anatomie générale et notions de technique histologique, par ARLOING. (In-8°, *Paris*.)

Anémie. — De l'anémie pernicieuse progressive, par TISSIER. (*Gaz. des hôp.*, 19 juillet.) — Coexistence d'anémie pernicieuse, de leucémie et de sarcomes multiples, par LEYDEN et ISRAEL. (*Berl. klin. Woch.*, 10 mars.) — Deux cas de guérison d'anémie pernicieuse, liés, l'un à une dyspepsie chronique, l'autre à une grossesse, par J. KAUFMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 223 et 257, 10 et 17 mars.) — Du traitement de l'anémie pernicieuse, basé sur l'étude des causes, par HUNTER. (*Brit. med. journ.*, 5 juillet.) — Traitement de l'anémie grave par les injections salines sous-cutanées, par HUZARSKI. (*Cent. f. Gynæk.*, 12 juillet.)

Anesthésie. — Etude sur les premiers essais d'anesthésie chirurgicale, par BIDAULT. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Sur l'action physiologique des anesthésiques en général et du chloroforme en particulier, par LABORDE. (*Bull. Acad. de méd.*, 27 mai.) — Remarques sur le rapport de la deuxième commission d'Hyderabab sur le chloroforme, par Mc KENDRICK, COATS et NEWMAN. (*Brit. med. journ.*, 14 juin.) — Un nouveau mode d'anesthésie, de la chloroformisation à doses faibles et continues, par BAUDOUIN. (*Gaz. des hôp.*, 7 juin.) — De l'anesthésie chloroformique, par T. TANSINI. (*Ri-*

forma medica, 5 décembre 1889.) — De la chloroformisation, par Reynier. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 618.) — Le pouls pendant l'anesthésie, par Hellier. (*Brit. med. journ.*, 21 juin.) — A propos de l'anesthésie chloroformique, par J. Russo Travali. (*Giorn. Accad. di Medic. Torino*, novembre-décembre 1889.) — Sur un nouvel appareil à chloroformer, par Renaud. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — L'anesthésie et la mort par le chloroforme, par Hagen-Torn. (*St Petersb. med. Woch.*, 12 avril.) — De la décomposition du chloroforme à la lumière artificielle, par Kunkel. (*Sitz. d. phys. med. Ges. Würzburg*, n° 2, p. 29.) — Mort par le chloroforme, par Blum. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Etude sur les principaux accidents de la chloroformisation à l'état normal et dans quelques conditions pathologiques, par François Franck. (*Bull. Acad. de méd.*, 24 juin.) — Le chlorure de méthyle comme anesthésique local, par Beresowsky. (*Russkaia med.*, n° 18.)

Anévrisme. — Anévrisme de l'artère cérébrale antérieure, par Alexander. (*Brit. med. journ.*, 5 juillet.) — Sur un cas probable d'anévrisme intracranien, par Régis. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 15 juin.) — Du diagnostic des anévrismes de l'aorte abdominale, par Docquet. (*Thèse de Paris*, 29 mai.) — Anévrisme de l'aorte ascendante, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 21 mai.) — Un cas d'anévrisme de l'aorte thoracique d'un énorme volume, et faisant saillie d'un seul côté du rachis, par Mac Donnell. (*Americ. j. of the med. sc.*, juin, p. 598.) — Anévrisme volumineux de la crosse aortique, intra et extra-péricardique, par Cipriani. (*Raccoglitore med.*, IX, p. 1107.) — Anévrisme de l'aorte abdominale chez un syphilitique ayant éprouvé un traumatisme du ventre, par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 181, 24 février.) — Traitement des anévrismes des membres. Discussion du 4e Congrès de chirurgie. (*Rev. de chirurgie*, 1889, p. 901.) — Anévrisme traumatique de la sous-clavière, ligature des artères carotide et brachio-céphalique, mort, par Twynam. (*Lancet*, 21 juin.) — Sur un cas d'anévrisme artério-veineux de l'aisselle, par Tavenard. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Anévrisme traumatique de l'artère cubitale, par Lecerf. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 102.) — Anévrisme artério-veineux du bras, par Kammerer. (*N. York surg. Soc.*, 26 février.) — Sur une observation d'anévrisme cirsoïde de la main, par Bazy. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 779.) — Anévrisme de la fémorale. Extirpation du sac, par Bazy. (*Ibid.*, XV, p. 762.) — Anévrisme spontané de la fémorale droite, par Salvia. (*Progresso med.*, IV, n° 14.) — Un cas de rupture spontanée de l'artère fémorale avec formation d'anévrisme chez un garçon de 17 ans, par von Bungner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 2.) — Anévrisme poplité, compression digitale pendant 184 heures, guérison, par Rivington. (*Lancet*, 3 mai.) — Traitement des anévrismes artério-veineux, par Reclus. (*Semaine méd.*, 28 mai.) — Une modification pratique à l'aiguille anévrismale de Deschamps, par Demmer. (*Cent. f. Chir.*, 7 juin.)

Angine. — Affections chroniques de la gorge d'origine rhumatismale, par M. Thorner. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 10 mai.) — De l'angine herpétique et du zona bucco-pharyngien, par Pouzin. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Sur l'angine de poitrine, leçon de Baccelli. (*Riforma medica*, 1er avril.)

Angiome. — Deux variétés d'angiome de la main, par Polaillon. (*Union médicale*, 4 mars.) — Tumeurs caverneuses multiples chez un enfant, par Fordyce. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Des nævi pigmentaires, anatomie descriptive et microscopique, pathogénie, traitement, par Hugues. (*Thèse*

de Paris, 3 juillet.) — Traitement des angiomes caverneux de la joue, par BOTTINI. (*Sperimentale*, juin.)

Anthrax. — Le traitement des furoncles, anthrax et autres affections suppurées par le sulfure de calcium, par AULDE. (*Therap. Gaz.*, mai.) — Trois cas d'anthrax traités avec succès par les injections hypodermiques de perchlorure de mercure, par CASSON. (*Brit. med. journ.*, 5 juillet.) — Sur le traitement de l'anthrax, par LECAILLE. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.)

Antisepsie. — Sur l'asepsie, par FOURNIE. (*Bull. gén. de thér.*, 30 juillet.) — Nouvelles recherches sur l'asepsie, par FOURNIER. (*Lyon méd.*, 27 avril.) — Médication antiseptique, par WOODBRIDGE. (*Practitioner*, juin.) — La méthode antiseptique, par DUPLAY. (*Rev. scientif.*, 31 mai.) — Des précautions antiseptiques nécessaires pour prévenir les maladies contagieuses, par NORTHRUP. (*N. York med. Record*, p. 231, 1er mars.) — Une modification pratique de la méthode antiseptique, par BLOCH. (4e Congrès de chirurgie. *Rev. de chir.*, 1889, p. 907.) — Une installation chirurgicale antiseptique à Lyon, par LAGUAITE. (*Lyon méd.*, 25 mai.) — De l'antisepsie par la résorcine dans le traitement de la diphtérie, de la tuberculose pulmonaire, de la coqueluche et du chancre mou, par A. LEBLOND et C. BAUDIER. (*Journal de méd. Paris*, 1889.) — L'emploi des couleurs d'aniline comme antiseptique, par CARL. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, n° 10.) — Sur l'emploi des couleurs d'aniline, par STILLING. (*Rev. gén. d'opht.*, n° 6.) — Des pyoctanines, par MEYER. (*Apothek. Zeit.*, V, p. 224.) — Etude de la pyoctanine, par GRÆFE. (*Fort. d. Med.*, n° 11.) — De l'emploi du salol comme antiseptique externe, par PATEIN. (*Jour. de pharm.*, 1er juin.) — Sur un nouvel antiseptique, l'ozo-permanganate, par VERHOOGEN. (*La Clinique*, 19 juin.)

Anus. — Sur l'origine et l'évolution de la région ano-génitale des mammifères, par RETTERER. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, n° 3.) — Sur un vice de conformation ano-rectal, par BOTTEZ. (*Bull. Soc. de méd. Jassy*, III, n° 4.) — Des ulcérations tuberculeuses de l'anus, par DERVILLE. (*Journ. sc. méd. de Lille*, 18 avril.) — Anus imperforé, passage des fèces par le pénis et plus tard par l'ombilic, par DODGE. (*Med. News*, 7 juin.) — Etude histologique expérimentale et clinique sur la section de l'éperon dans les anus contre nature par la pince ou l'entérotome, par CHAPUT. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Etude sur les diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature, par GŒTZ. (*Thèse de Genève.*) — Du traitement de la constipation rebelle par la dilatation forcée de l'anus, par MONOD. (*Ann. de thérap. méd. chir.*, mars.)

Aorte. — Un cas de valvulite végétante de l'aorte, embolie mortelle, anévrisme et rupture de la fémorale profonde, par DYCE DUCKWORTH. (*Brit. med. Journ.*, 14 juin.)

Appareil. — Sur un nouvel appareil pour l'exploration des organes thoraciques, pneumatoscope, par GABRITSCHEWSKY. (*Soc. de biol.*, 17 mai.) — Nouvel appareil pour l'exploration des poumons, par GABRITSCHEWSKY. (*Berl. klin. Woch.*, 17 mars.) — *Idem*, par VON NOORDEN. (*Ibid.*) — Appareil mobile à niveau d'eau fixe, par MANGET. (*Arch. de méd. mil.*, juillet.) — Seringue stérilisable de Straus, par CATRIN. (*Lyon méd.*, 15 juin.) — Appareil pour la récolte des poussières et champignons pour les examens microscopiques et biologiques, par DIXON. (*Therap. Gaz.*, mai.) — Nouvelle scie chirurgicale, par WARD COUSINS. (*Lancet*, 7 juin.) — L'appareil de suspension de Hodgen, par MUDD. (*Med. News*, 10 mai.) — Minerve

plâtrée, par GANGOLPHE. (*Lyon méd.*, p. 132, 25 mai.) — Nouvel aspirateur à graviers, par WICKHAM. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Sonde molle de trousse, par DESNOS. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.). — Sur la stérilisation des instruments en gomme, par ALAPY. (*Ibid.*) — Porte-ouate en nickel pour l'urètre, par GEORGE MAYER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 5, p. 115, 3 février.) — Spéculum à glissières, par DELBASTAILLE. (*Cent. f. Gyn.*, 3 mai.) — Obturateur vaginal à double courant pour injections chaudes, par BERCZELLER. (*Centr. f. Gyn.*, 22 mars.) — Quelques remarques sur les appareils de stérilisation et de désinfection en clinique, par H. FRITSCH. (*Centr. f. Gyn.*, 8 mars.) — Un nouveau spéculum de Sims avec valves mobiles, par TANNEN. (*Centr. f. Gyn.*, 21 juin.)

Artère. — Etude des souffles artériels abdominaux, par BASSI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 2.) — De la tension artérielle dans quelques états pathologiques, par CAZES. (*Thèse de Paris*, 26 juin). — Anomalie de la carotide externe droite, par HARTLEY ANDERSON. (*N. York med. Record*, p. 683, 21 décembre 1889). — Des ruptures de l'artère méningée moyenne, par DUCHAINE. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Phlébartérie de la région supérieure gauche du cou, par TILLAUX. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 57.)

Articulation. — Recherches expérimentales sur l'influence du mouvement sur la réparation des lésions articulaires, par NANNOTTI. (*Arch. di ortop.*, VII, 4.) — De l'arthrite ulcéreuse, par D. MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 15 juin.) — Des corps mobiles articulaires du genou, par CONAN. (*Thèse de Bordeaux*, 4 juin.) — De la scapulalgie, scapulo-tuberculose, son traitement par la résection, par DULAC. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Grosse hydarthrose du genou. Ponction et lavage antiseptique, par TERRILLON. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 111.) — Ostéo-arthrite fongueuse du genou gauche. Guérison sans un seul pansement à la charpie stérilisée, par REGNIER. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 4, p. 97.) — De la valeur de la compression et des moyens de l'appliquer au traitement des épanchements articulaires, par WAWELET. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — De l'arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses du genou, par HARAN. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Du traitement des arthrites tuberculeuses, par HOWARD MARSH. (*Lancet*, 26 juillet.)

Asphyxie. — Physiologie pathologique de l'asphyxie, par QUINQUAUD. (*Soc. de biol.*, 21 juin.) — Des troubles nerveux consécutifs à l'asphyxie poussée jusqu'à la mort apparente et offerts par les animaux rappelés à la vie par la respiration artificielle; de la part de l'acide carbonique et de l'oxygène dans leur production, par LAULANIÉ. (*Soc. de biol.*, 7 juin.)

Asthme. — L'asthme bronchique réflexe du nez, par DIONISIO. (*Il policlinico, Turin*, n° 7.) — De l'asthme des foins, pathogénie et traitement, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd. de méd.*, 10 mai.) — Traitement de l'asthme des foins, par RIXA. (*Therap. Gaz.*, mai.) — La pathologie de la fièvre de foins, par BERKART. (*Lancet*, 5 juillet.) — Traitement rationnel de l'asthme bronchique, par KNIGHT. (*Cincinnati Lancet clinic*, 5 avril.)

Astigmatisme. — Détermination de l'existence et du degré de l'astigmatisme en dehors de l'emploi des mydriatiques, par DRAPER SPEAKMAN. (*N. York Record*, p. 378, 5 août.)

Avortement. — Cent dix-huit cas d'avortement heureux, par AHLFELD. (*Cent. f. Gynæk.*, 26 juillet.) — Curetage de l'utérus chez une malade atteinte de septicémie due à la rétention des débris de l'œuf, après un avortement de quatre mois, guérison, par CAUBET. (*Arch. de tocol.*, mai.)

Auscultation. — De la pectoriloquie aphone et de sa valeur séméiologique, par ROHART. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.)

Autoplastie. — Autoplastie pour difformité de la joue, par KERNAN. (*Brit. med. journ.*, 14 juin.)

B

Bactériologie. — Le conflit entre l'organisme et les microbes, par HANKIN. (*Brit. med. journ.*, 12 juillet.) — De l'examen bactériologique comme aide à la clinique, par L. HEITZMANN. (*New York med. record.*, p. 492, 3 mai.) — De la constance morphologique des microcoques, par MIRTO. (*Bull. soc. ital. dei microscop.*, I, 1 et 2.) — Sur certaines actions physiologiques des sécrétions microbiennes, par CHARRIN (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Recherches sur l'adaptation au milieu chez les infusoires et les bactéries, par HAFKINE. (*Ann. Inst. Pasteur*, n° 6.) — Des produits microbiens qui favorisent l'infection, par ROGER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 19 juillet.) — Action des produits sécrétés par les microbes pathogènes, par BOUCHARD. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Les bactéries et leur rôle dans l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses, par CORNIL et BABES. (3e édit., 2 vol., Paris.) — Action des produits solubles microbiens sur l'inflammation, par CHARRIN et GAMALEIA. (*Acad. des sc.*, 2 juin.) — Action de l'eau sur les bactéries pathogènes, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, février.) — Un bacille rouge dans les eaux fluviales, par LUSTIG. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 2.) — Remarques sur la perte de la virulence dans les cultures du bacilles anthracis et sur l'insuffisance de l'inoculation comme moyen de l'apprécier, par ARLOING. (*Lyon méd.*, p. 18, 4 mai.) — De l'action polaire et positive du courant galvanique constant sur les microbes et en particulier sur la bactéridie charbonneuse, par APOSTOLI et LAQUERRIÈRE. (*Acad. des sc.*, 28 avril.) — Etude des grégarines pathogènes, par PFEIFFER. (*Zeit. f. Hyg.*, VIII, 2.) — Recherches sur quelques espèces de bactéries avec mycélium, par ALMQUIST. (*Ibid.*, VIII, 2.) — Nouvelles recherches sur la préparation et la coloration des spirilles des bactéries, par LŒFFLER. (*Cent. f. Bakt.*, VII, 20.) — Action de l'ozone sur les bactéries, par OBERDÖRFFER. (*Inaug. diss. Bonn.*, 1889.) — Influence de la chaleur sur les microbes, par VINAY. (*Rev. scientif.*, 14 juin.) — De l'influence de la concentration du milieu nutritif sur les bactéries, par BUCHNER. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 3.) — De l'influence de la température sur les variations morphologiques et évolutives des microorganismes, par RŒSER. (*Arch. de méd. expér.*, n° 1.) — Ferments enzymes dans les organismes inférieurs, par CARTWRIGHT WOOD. (*Rep. laborat. roy. college of phys. Edinburgh*, II.) — Les ferments peptiques et diastatiques des microbes, par FERMI. (*Giornale Accad. di Medic. Torino*, janvier et février.) — De l'action du suc gastrique artificiel sur les microbes pathogènes, par KABRHEL. (*Arch. f. Hyg.*, X, 3.) — Influence des sécrétions de la digestion sur les bactéries, par LEUBUSCHER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 5.) — De l'action du suc gastrique sur les microorganismes pathogènes, par KABRHEL. (*Arch. f. Hyg.*, X, 3.) — La créatine peut-elle être une substance nutritive pour les bactéries pathogènes et l'origine de la formation des toxines, par POPOFF. (*Cent. f. Bakter.*, VII,

n° 19.) — Nouvelles recherches sur l'action toxique du sang pour les bactéries et de l'immunité, par DE FODOR. (*Ibid.*, VII, n° 21.) — Répartition des bactéries dans l'air des salles de clinique médicale, par SYLWESTROWITSCH. (*Wratch*, n° 18.) — Poisons dus à des bactéries dans les médicaments, par CAMPBELL. (*Americ. journ. of pharm.*, mars.) — Sur les bacilles pseudo-typhiques trouvés dans les eaux de rivière, par CASSEDEBAT. (*Soc. de biol.*, 21 juin.) — Nouveau procédé de diagnostic différentiel du bacille d'Eberth, par GASSER. (*Ibid.*, 19 juillet.) — De la suppuration causée par le bacille typhique, par COLZI. (*Sperimentale*, juin.) — Sur la destruction des microorganismes pendant le processus inflammatoire, par RUFFER. (*Brit. med. j.*, 21 mai.) — De la pyoktanine, étude bactériologique, par JANICKE. (*Forts. d. Med.*, VIII, 12.) — Ecthyma térébrant infantile, maladie pyocyanique chez l'homme, par EHLERS. (*Hospit. Tidende*, mai.) — L'infection diplococcique chez l'homme, par S. BELFANTI. (*Riforma medica*, 10 mars.) — Sur la présence des coccus pyogenes dans le lait, par KRUEGER. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 19.) — Sur la vitalité des divers microbes pathogènes dans le lait, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, avril.) — Des propriétés pyogènes du pneumocoque de Fraenkel, par HAEGLER. (*Forts. d. Med.*, VIII, n° 10.)— Nouveau streptocoque ou diplocoque lancéolé, par BORDONI-UFFREDUZZI. (*Cent. f. Bakter.*, VII, 21.) — Sur la distinction des staphylocoques blanc et orangé d'après la virulence et le pouvoir chromogène, par LANNELONGUE et ACHARD. (*Soc. de biol.*, 7 juin.) — Recherches expérimentales relatives à l'action de quelques antiseptiques sur le streptocoque et le staphylocoque pyogène, par TARNIER et VIGNAL. (*Arch. de méd. expér.*, n° 4.) — Microorganisme trouvé dans l'urine filante, par GABBI et CORONEDI. (*Il Segno*, juillet.) — Sur un bacille pathogène, urobacillus liquefaciens septicus, trouvé dans les urines pathologiques, par KROGIUS. (*Soc. de biol.*, 19 juillet.) — Recherches bactériologiques sur l'intoxication putride, par LIERMANN. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, XXVII, 3.) — La phagocytose et le bacille de Koch, par VINCENT. (*Trib. méd.*, 10 avril.) — Recherche expérimentale du bacille virgule de Koch dans le sol, par B. PERNICE. (*Sicilia medica*, n° 3, p. 137.) — Tumeurs et microbes, par GLEY et CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 12 juillet.) — Recherches bactériologiques sur les abcès de l'ovaire et la salpingite purulente, par BOISLEUX. (*Ann. di ostetr. e gin.*, février.)

Bain. — Acide carbonique liquide ; ses applications à l'hygiène et à la thérapeutique des bains de gaz carbonique, par PEYRAUD. (*Journ. de Méd. Bordeaux*, 15 juin.)

Bassin. — Anatomie normale des détroits du bassin chez la femme, par SYMINGTON. (*Rep. labor. of roy. college of phys. Edinburg*, II.) — Une méthode simple de mensuration des inclinaisons du bassin, par KUSTNER. (*Cent. f. Gynaek.*, 24 mai.) — Du bassin et des présentations normales de l'enfant, par HASSE et ZAKRZEWSKI. (*Zeit. f. Geburts*, XIX, 1.) — Un cas de bassin cyphotique, par SCUDDER. (*N. York. Acad. of med.*, 24 avril.) — Rétrécissement oblique du bassin par ankylose de l'articulation sacro-iliaque, par AEPLI. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 janvier.) — Le bassin coxo-tuberculeux, par DEMELIN. (*Revue de clinique et de thérapeutique*, n°s 24, 25, p. 379, 397.) — Abcès pelviens traités par la laparotomie, par ROBSON. (*Brit. med. journ.*, 26 avril.) — Tumeur myxomateuse retirée du bassin, par FENTON. (*Brit. gyn. soc.*, 9 avril.)— De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée, par POZZI. (4e congrès de chirur., *Rev. de chir.*, 1889, p. 931.) — Tumeurs du bassin simulant des tumeurs ovariennes, par JOUBERT. (*Brit. gyn. Soc.*, 11 juin.)

Biliaires (Voies). — Le fer dans la bile, par Novi. (*Arch. ital. de biol.*, XIII, 2.) — Recherches expérimentales sur la toxicité de la bilirubine, par Bruin. (*Thèse Amsterdam*, juillet 1889 ; *Rev. de méd.*, juillet 1890.) — Un cas de cholélithiase, par G.-K. Meschter. (*The med. and surg. Reporter*, LXI, n° 2.) — La chirurgie des voies biliaires, par Nassilow. (*Vratch*, 5 avril.) — Deux modifications à la cholécystotomie idéale, par C. Langenbuch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 228, 10 mars.) — Fistule biliaire traitée avec succès par la cholécystectomie, par Michaux. (4e congrès de clin., *Rev. de Chir.*, 1889, p. 931.)

Blennorragie. — Le gonocoque, par Roux. (*Province méd.*, 29 mars.) — Le diplocoque de Neisser dans les abcès blennorragiques périurétraux, par Pellizzari. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXV, 2.) — Sur la valeur étiologique du gonocoque de Neisser dans la blennorragie, par Levi. (*Ibid.*) — Blennorragie et arthropathie blennorragique, par Mauriac. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 avril.) — Arthrite blennorragique, recherches bactériologiques, résultat négatif, par Roux. (*Province méd.*, 12 juillet.) — Arthrite blennorragique, symptômes médullaires consécutifs, par Yarochevski. (*Med. Obosrenie*, n° 4.) — Forme insidieuse grave de l'ophtalmie blennorragique, par Trousseau. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Deux cas de vaginite blennorragique vraie, par Aubert. (*Lyon méd.*, p. 49, 11 mai.)— Sur la salpingite blennorragique, par Thibault. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — L'hydarthrose blennorragique et son traitement, par Duplay. (*Bull. méd.*, 2 juillet.) — Traitement de l'endométrite cervicale blennorragique, par Barduzzi. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, mars.) — La créoline dans la blennorragie, par La Rosa. (*Raccoglitore med.*, n° 9.) — Traitement ultra abortif de la blennorragie, par Diday. (*Lyon méd.*, 25 mai.) — Contribution au traitement de la blennorragie, par Ory. (*Revue de clinique et de thérap.*, n° 11, p. 353.) — Méthode d'antisepsie dans le traitement de l'urétrite récente antérieure, par White (*Med. News*, 14 juin.)

Bouche. — Stomatite contagieuse, par Fidalgo. (*Rev. de sanidad. militar.*, septembre 1889.) — Diagnostic et traitement de la gingivite ulcéreuse, par Rothemann. (*Œsterr. Viertelj. f. Zahnh.*, V, 3.)

Bronche. — De la bronchite, ses variétés, ses rapports avec les autres maladies, son traitement, par Harris. (*Lancet*, 17 mai.) — Contribution à l'étude de la bronchite spasmodique, par Delaye. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 25 mai.) — Altérations rénales dans les bronchites infectieuses, par Mircoli. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 1.) — Deux concrétions crétacées expectorées par une femme de 38 ans au milieu de violentes quintes de toux, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 avril.)

Brûlure. — Traitement des brûlures, par Bardeleben jeune. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 329, 7 avril.)

C

Cancer. — Recherches sur l'inoculabilité du cancer, par Rapin. (*Journ. des conn. méd.*, 1er mai.) — Du cancer rétropéritonéal, par Piole. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Cartilage. — Une tumeur cartilagineuse congénitale du cou, par A. Bidder. (*Archiv f. path. Anat.*, XX, 1.) — Enchondrome et résection du sternum, par Dudon. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 1er juin.)

Cellule. — Modifications nucléaires intéressant le nucléole et pouvant jeter quelque jour sur sa signification, par BATAILLON. (*Acad. des sciences*, 9 juin.) — Les phagocytes du canal alimentaire, par RUFFER. (*Quart. journ. microc. science*, p. 484.) — Des travaux du laboratoire de Baumgarten dirigés contre la théorie des phagocites, par E. METSCHNIKOFF. (*Annales Institut Pasteur*, janvier.) — Sur la question de la phagocytose, par PETRUSCHKY. (*Forts. d. Med.*, VIII, n° 12.) — Influence spécifique à distance des éléments cellulaires les uns sur les autres, par BARD. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Sur les rapports de la régénération cellulaire avec la paralysie vaso-motrice, par MORPURGO. (*Arch. ital. de biol.*, XIII, 2.) — Sur la nécrose de la coagulation et la disparition du noyau, par ARNHEIM. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XX, 2.)

Cerveau. — Connexions de l'olive inférieure, par BRUCE. (*Rep. laborat. roy. college of phys., Edinburgh*, II. — Stries acoustiques et ruban de Reil, par MONAKOW. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 1.) — Rôle de l'écorce cérébrale, par MAUDSLEY. (*Mind.* avril.) — Physiologie des fibres commissurales du cerveau, par STEFANI. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 2.) — Contribution à la physiologie des fibres commissurales, par STEFANI. (*Arch. ital. de biol.*, XIII, 2.) — De l'aire visuelle de l'écorce et de ses rapports avec les mouvements des yeux, par MUNK. (*Brain*, n° 49.) — Sur les mouvements bilatéraux associés et sur les rapports fonctionnels du corps calleux avec l'écorce motrice, par MOTT. (*Brit. med. Journ.*, 17 mai.) — La circulation du cerveau et ses troubles, par R. GEIGEL. (*Archiv f. pathol. Anat. u.*, XIX, 1.) — Sur les mouvements résultant de l'excitation faradique du corps calleux chez le singe, par MOTT et SCHAEFFER. (*Brain*, n° 50.) — Sur les mouvements associés des yeux produits par la faradisation corticale du cerveau du singe, par MOTT et SCHAEFFER. (*Brain*, n° 50.) — Expériences sur l'attention chez les gens sains et les aliénés, par GUICCIARDI. (6e *Cong. freniat. ital.*, septembre 1889.) — L'encéphalomètre, par ZERNOFF. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 19, p. 302.) — Absence du corps calleux, par DUNN. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Production de vacuoles dans les noyaux des cellules de l'écorce du cerveau, par JAMES WHITWELL. (*Brain*, p. 521, janvier.) — Sur les dégénérescences consécutives aux lésions de l'écorce cérébrale, par SHERRINGTON. (*Journ. of phys.*, XI, 4 et 5.) — Troubles trophiques bilatéraux après lésion de l'écorce cérébrale, par LANGLOIS et RICHET. (*Soc. de biol.*, 31 mai.) — Altérations du chiasma et du nerf optique dans les affections du lobe occipital, par MOELI. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 1.) — Les processus de réparation dans le cerveau et dans le cervelet, par SANARELLI (*Arch. ital. de biol.*, XIII, 3.) — Porencéphalie, par NORMAN. (*Roy. Acad. of med. Ireland*, 30 mai.) — Note sur un cas d'hydrocéphalie avec méningocèle, par OWEN MACKNESS. (*Edinburgh med. Journ.*, avril, p. 922.) — Hydrocéphalie chronique, par RUFFER. (*Brain*, n° 49 et 50.) — Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie chronique, par POTT. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 1 et 2.) — Observations d'hémorragie dans le pont de Varole, par RORIE. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Observations d'hémorragies dans et autour du pont de Varole, par RISIEN RUSSELL et TAYLOR. (*Brain*, n° 49.) — Croonian leçons sur les localisations cérébrales, par FERRIER. (*Brit. med. Journ.*, 7 juin.) — Sur un cas d'hémianesthésie de la sensibilité générale observé chez un hémiplégique et relevant d'une atropie du faisceau rubané de Reil, par DÉJERINE. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Le lobule de l'insula et ses rapports avec l'aphasie, par P. RAYMOND. (*Gaz. des hôp.*, 21 juin.) — De l'aphasie traumatique, par ROSENBERGER. (*Sitz. d. phys. med. Ges. Würzburg*, n° 2, p. 27.) — Amnésie verbale,

surdité et cécité verbale, par GONZALES et VERGA. (6e *Cong. freniat. ital.*, septembre 1889.) — Etude de l'aphasie, par CRAMER. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 1.) — Hémichorée post-hémiplégique, suite de méningo-encéphalite syphilitique, par A. RUBINO. (*Riforma medica*, 27 janvier.) — Hémiplégie motrice et sensitive sensorielle à droite, méningo-encéphatite tuberculeuse de la convexité. Tuberculome ancien du lobule paracentral, par BOUISSON. (*Bull. Soc. anat.*, 17 janvier, p. 27.) — Un cas d'athétose spastique, par SCHEIBER. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 1.) — Note sur certaines productions morbides trouvées dans le cerveau de malades morts après de graves traumatismes de la tête, par MILES. (*Brain*, n° 50.) — Abcès du cerveau, par BROWNE. (*Birmingham and Midland branch of Brit. Assoc.*, 25 avril.) — Tumeur du cerveau, par FOXWELL et MARSH. (*Ibid.*) — Hernie du cerveau, par OLMSTED. (*New York med. Record.*, p. 270, 8 mars.) — Hématome cérébral, par VÈNE. (*Lyon méd.*, p. 162, 1er juin.) — Un cas de tumeur cérébrale, par OSCAR STEIN. (*Münch. med. Woch.*, p. 243, 1er avril.) — Tumeur intra-crânienne, par FAURE. (*Lyon méd.*, p. 161, 1er juin.) — Un cas de gliome du pédoncule cérébral droit, par PEPPER et PACKARD. (*Americ. j. of med. sc.*, mars, p. 263.) — Sarcome multiple du cerveau et de la moelle, par VASSALE. (6e *Cong. freniat. ital.*, septembre 1889.) — Ablation suivie de guérison d'une encéphalocèle antérieure, par MITTENDORF. (*New York med. Record*, p. 374, 5 avril.) — Hémiachromatopsie par gliosarcome de la bandelette et de la couche optiques ainsi que des tubercules quadrijumeaux, sans lésion de la substance corticale, par SAMELSOHN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 331, 7 avril.) — Pathologie des tumeurs du cerveau, par OPPENHEIM. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 1.) — Chirurgie du cerveau, 2 cas, par STOKER. (*Royal Acad. of med., Ireland*, 9 mai.)

Cervelet. — Etude de l'ataxie héréditaire et de l'atrophie du cervelet, par MENZEL. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 1.) — Lésion cérébelleuse d'origine vasculaire, par CHATIN. (*Lyon méd.*, p. 201, 8 juin.) — Paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébelleuse, par BROSSET. (*Lyon méd.*, 20 avril.) — Abcès du cervelet, par CHAIX. (*Lyon méd.*, 1er juin.) — Tumeur du cervelet, absence de tout symptôme, par MACDONALD. (*Brain*, n° 49.)

Césarienne (Opér.) — L'opération césarienne, une observation, par DUDLEY. (*Americ. Journ. of obst.*, juillet.) — Opération de Porro, par CADGE. (*Brid. med. Journ.*, 19 juillet.) — De l'opération césarienne, exposé historique du manuel opératoire, par BOUSQUET. (In-8°, 74 p., *Marseille.*) — Opération de Porro, par PRIOR. (*New York obst. Soc.*, 4 février.) — Opération césarienne, guérison, par DONOHUE. (*Americ. Journ. of obst.*, mai.) — Etude de l'opération de Porro, par TRUZZI. (*Annali di ostet.*, mai-juin.) — Opération césarienne, guérison, par MOUILLOT. (*Brit. med. Journ.*, 28 juin. — Opération césarienne pour bassin ostéomalacique, par MC GOWAN. (*Lancet*, 28 juin.) — Du meilleur traitement de la plaie utérine dans l'opération césarienne classique, par E. BLANC. (*Gaz. des hôp.*, 3 mai.) Trois opérations césariennes pratiquées avec succès à Philadelphie, par H. A. KELLY. (*Amer. Journ. of obst.*, mars.)

Champignon. — Action toxique de l'amanita pantherina japonaise, par INOKO. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 4 et 5.)

Chancre. — Etiologie des pseudo-chancres indurés, par DU CASTEL. (*Soc. de dermat.*, 10 juillet.) — Variétés et diagnostic différentiel des chancres vénériens, par BATTERSBY. (*Dublin j. of med. sc.*, juin.) — Du raclage du chancre mou, par PETERSEN. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 9.) — Traitement des chancres mous par la créoline, par BUSQUE. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 juillet.)

Charbon. — Remarques sur la perte de virulence dans les cultures du bacillus anthracis et sur l'insuffisance de l'inoculation comme moyen de l'apprécier, par ARLOING. (*Acad. des sc.*, 5 mai.) — Sur les causes de la formation de spores dans la bactérie charbonneuse, par BUCHNER. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 1.) — Recherches sur la formation des spores dans le charbon, par LEHMANN. (*Sitzungsberichte d. phys. med. Ges. Würzburg*, n° 3, p. 34.) — 4 cas de charbon chez l'homme, par JACOBI. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 5.) — Du dosage de l'acide phénique dans le traitement de la pustule maligne, par WASKRESSENSKI. (*Vratch*, n° 4.) — Le traitement antiseptique ou anti-bacillaire du charbon et du tétanos (injections sous-cutanées d'acide phénique dans le charbon, lavages et bains de sublimé dans le tétanos), par MARCHISIO. (*Giornale Accad. di medic.*, *Torino*, janvier-février.)

Chirurgie. — Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1885 et 1886, par PÉAN. (In-8°, *Paris.*) — Compte rendu de la section chirurgicale de l'hôpital des sœurs de bon secours de Posen d'octobre 1885 à décembre 1887, par ZIELEWICZ. (*Archiv f. klin. Chir.*, XXXVIII, p. 181.) — Statistique critique des opérations pratiquées pendant l'année 1888-1889, par TRÉLAT. (*Bull. méd.*, 29 janvier.) — Eléments de chirurgie de HUETER et LOSSEN. (6e édition, *Leipzig.*) — Statistique des opérations faites dans le service des baraques à l'hôpital Saint-Louis de mai 1887 à mai 1889, par LUCAS CHAMPIONNIÈRE. (*Bull. Soc. de Chir.*, XV, p. 636.) — Statistiques des principales opérations pratiquées dans le service de Le Dentu du 1er janvier 1888 au 31 mars 1890. (*La Médecine moderne*, 1er mai.) — Les divers coefficients de la guérison dans les affections chirurgicales, par A. CECCHERELLI. (*Morgagni*, mars.)

Chlorose. — De la composition du sang dans la chlorose par Ch. DOWD. (*Americ. Journ. of med. sc.*, juin.) — De la thrombose veineuse persistante des membres inférieurs chez les chlorotiques, par OZENNE. (*Journ. de méd.*, *Paris*, 29 juin.) — Traitement de la chlorose, par MARCUS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 329, 7 avril.) — De la chlorémie et de son traitement, par HOLLIS. (*Brit. med. Journ.*, 31 mai.) — Notions pratiques sur le traitement de la chlorose et des anémies, par HUCHARD. (*Revue de clinique et de thérap.*, n° 26, p. 409.)

Choléra. — Le choléra en 1890, par DE BACKER. (*Rev. gén. de l'antisepsie*, III, n° 28.) — Relation d'une épidémie de choléra en Chine en 1887, par DUCHON-DORIS. (*Gaz. hebd. de méd.*, 7 juin.) — Contribution à l'étiologie du choléra, par FERDINAND HUEPPE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 189, 3 mars.) Expériences bactériologiques sur un cas mortel de choléra nostras, par SCHIAVUZZI. (*Boll. Soc. ital. dei microscop.* I, 1 et 2.) — Morphologie du bacille virgule du choléra, par DOWDESWELL. (*Lancet*, 28 juin.) — Sur les vaccinations contre le choléra, par ZÖSLEIN. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 1.) — Etude sur la résistance du vibrion du choléra, par KARLINSKI. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 2.) — Contribution à l'étude de la contagion du choléra; serait-ce l'urine qui rendrait pathogène le bacille du choléra? par GABUZZI. (*Gaz. méd. d'Orient*, n° 5.) — La prophylaxie du choléra. (*Bull. méd.*, 29 juin.)

Chorée. — Chorée chronique progressive par CIRINCIONE et MIRTO. (*Giorn. d. neuropatol.*, VII, 4.) — Chorée chronique progressive et chorée de Huntington, par CIRINCIONE et MIRTO. (*La Psichiatria*, VII, 3 et 4.) — Chorée avec aphasie suivie de rhumatisme aigu, par LOCKIE. (*Lancet*, 2 août.) — Etude clinique de la chorée héréditaire, par CAVIGLIA. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 2.) — Chorée réflexe, par JACOBI. (*New York Acad.*

of med. 1er mai.) — Anatomie pathologique de la chorée, par DANA. (*Brain*, n° 49.) — Chorée héréditaire chronique, par BIERNACKI. (*Kronika lekarska*, n° 3.) — La chorée de Sydenham, son étiologie, sa nature, d'après les faits observés au dispensaire Furtado Heine, par LEROUX. (*Rev. mal. de l'enf.*, juin.) — Délire et chorée, par VOISIN et MARIE. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Délire dans la chorée, par DIGOY. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — De la chorée et de son traitement par le salicylate de soude, par DRESCH. (*Bull. gén. de thér.*, 30 avril.) — Traitement de la chorée, par d'HEILLY. (*Revue de clinique et de thérap.*, n° 26, p. 418.) — Deux cas de chorée guéris par les injections hypodermiques de curare, par FRONDA. (*Incurabili*, 1er mai.) — Chorée traitée par l'arsenic, paralysie et pigmentation de la peau, par SEMPLE. (*Lancet*, 14 juin.)

Choroïde. — Rupture de la choroïde chez un hémophile, par PATTERSON. (*Therap. Gaz.*, mai.) — Deux cas de rupture de la choroïde (l'un triple par fruit conique du sapin, l'autre bilatérale par coup de revolver), par OSCAR PINCUS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 227, 10 mars.)

Circulation. — Du pouls lent permanent, par KOCHER. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Sur la pathologie du pouls lent permanent, par REGNARD. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Du pouls capillaire et du pouls veineux centripète, par H. QUINCKE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 265, 24 mars.)

Climat. — Le climat de la Belgique en 1889, par A. LANCASTER. (*Le mouvement hygiénique*, VI, 134.)

Cœur. — Etude physiologique des premiers stades du développement du cœur embryonnaire du poulet, par FANO et BADANO. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, p. 113 et *Arch. ital. de biol.*, XIII, 3.) — Etudes sur l'innervation du cœur, par HIS et ROMBERG. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, nos 10 et 11.) — Contribution à la physiologie du muscle cardiaque, par RENÉ. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Sur l'impulsion du cœur en rapport avec l'ouverture du crâne, de la plèvre et de l'abdomen, par TANSINI. (In-8°, *Modène.*) — Sur une nouvelle méthode pour enregistrer graphiquement les mouvements du cœur, par A. CORONA. (*Giornale Accad. di Medic. Torino*, novembre-décembre, 1889.) — Nouvelles recherches graphiques et thérapeutiques sur ces maladies cardio-vasculaire, par PEDICINI. (*Progresso med.*, 10 juillet.) — Des palpitations et autres troubles d'innervation du cœur, par GRŒDEL. (*Berl. klin. Woch.*, p. 330, 7 avril.) — Du tétanos du cœur, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 12 juillet.) — La dyspnée chez les cardiaques, par HUCHARD. (*Semaine méd.*, 13 avril.) — Le cœur rapide, étude clinique, par SANSOM. (*Lancet*, 10 mai.) — Battements du cœur et ondées du pouls, par ROY. (*Practitioner*, juin.) — Du bruit présystolique de la pointe du cœur, par CHAPIN. (*New York med. Record*, p. 4, 4 janvier.) — Des lois qui président à la propagation des bruits du cœur, par LUZZATTO. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 1.) — Du rythme couplé du cœur, par BARD. (*Gaz. hebd. de méd.*, 3 mai.) — Du double souffle crural de sa formation, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 22 mars.) — Etudes expérimentales de pathologie et de pharmacologie cardiaques (production et étude des lésions cardiaques artificielles chez les animaux), par CERVELLO et FODERA. (*Giornale Accad. di Medic. Torino*, janvier-février.) — La sclérose du myocarde, par VITI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 2.) — De la myocardite, par RINDSLEISCH. (*Sitz. d. phys. med. Ges. Würzburg*, n° 1.) — Malformation congénitale du cœur, cyanose, rétrécissement de l'artère pulmonaire dans toute sa longueur, communication entre les deux cœurs par inocclusion du septum ventriculaire, interversion d'origine de

l'aorte et de l'artère pulmonaire, l'aorte partant du ventricule droit, l'artère pulmonaire du ventricule gauche, par CADET DE GASSICOURT et GAMPERT. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, p. 49.) — Sur une malformation du cœur, par STADLER. (*Verhandl. phys. med. Gesels. Würzburg*, XXIV, 4.) — Cyanose avec malformation congénitale du cœur, sans signes d'auscultation, par VARIOT et GAMPERT. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 mars.) — De la sclérose des artères coronaires comme cause de mort subite, par ALGOT KEYABERG. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, L 29 et 240, LI 83, et LII 57, janvier avril et juillet 1889, et janvier 1890.) — Syphilis cardiaque, dégénérescence anévrismale des deux oreillettes, mort subite par rupture partielle de la poche anévrismale de l'oreillette droite, par PELLETIER. (*Arch. de méd.* mai.) — Note sur un cas d'endocardite tuberculeuse, par TRIPIER. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Endocardite ulcéreuse, par J. TRUAX. (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 29 mars, p. 449.) — L'endocardite d'après les doctrines actuelles microparasitaires, étude critique et expérimentale, par VITI. (*Atti della Accad. dei Fisiocritici, Siena*, série IV, vol. II.) — Tachycardie essentielle paroxysmique, par ROBISON. (*Med. News*, 26 avril.) — Sur un cas de rétrécissement mitral avec insuffisance, par OLIVIER. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — Du mécanisme de la mort dans l'insuffisance aortique, par CORBISIER. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — Le pouls et la pression sanguine dans les rétrécissements aortiques, par HAGEN-TORN. (*Med. Obosrenie*, n° 3.) — Etude des signes de la pointe dans l'insuffisance aortique, par SAINT-CYR DE MONTLAUR. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Du signe de Frédéric Muller dans l'insuffisance aortique, par MATHIEU. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De la symphyse cardiaque, par POTAIN. (*Union médicale*, 18 février.) — Sur la pathologie des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, par SCHWALBE. (*Arch. f. path. Anat.*, XIX, 2.) — Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire accompagnée d'autres vices de développement, par MONNIER. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Rétrécissement de l'artère pulmonaire avec cyanose, reins scléreux congénitaux, avec malformation d'un uretère, mort par urémie, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — De certaines localisations cardiaques de l'impaludisme aigu, par RAUZIER. (*Rev. de méd.*, juin.) — Péricardite tuberculeuse, par MONCORGÉ. (*Lyon méd.*, p. 566, 20 avril.) — Contribution pharmacologique à la doctrine de l'activité de la diastole du cœur, par STEFANI et GALLENARI. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 2.) — Le traitement des maladies du cœur, par HEINEMAN. (*New York med. Record*, p. 347, 29 mars.) — De la thérapeutique du cœur, par PATTON. (*Ibid.*, p. 701, 28 décembre 1889.) — Les principes de la thérapeutique des maladies du cœur, par V. BASCH. (*Wien. med. Presse*, n° 2, p. 41.) — Une ressource contre les palpitations cardiaques, par GINGEOT. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 12, p. 177.) — Du calomel comme diurétique dans les hydropisies d'origine cardiaque, par HUET. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Emploi de l'atropine dans les cardiopathies, par CARDARELLI. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 1.)

Conjonctive. — Essai sur la conjonctivite granuleuse chronique, par LEVÊQUE-LACROIX. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Sur une forme particulière de conjonctivite infectieuse semblant se rattacher à un contage animal, par SANS. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — De la greffe de la muqueuse dans le trachome, par CHODIN (*Westnik Ophtalm.*, mars.) — Du lupus et de la tuberculose de la conjonctive, par NEUPAUER. (*Int. klin. Rundschau*, n° 7.)

Contagion. — De la contagion dans les salles d'hôpital, par A. LAVERAN. (*La Médecine moderne*, 14 mars.)

Coqueluche. — De la diffusion de la coqueluche par les cas avortés, par EIGENBRODT. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 6.) — La coqueluche à Paris, par OLLIVIER. (*Rev. mal. de l'enf.*, mai.) — Hydrate de terpine dans la coqueluche, par MANASSE. (*Therap. Monats.*, n° 3.) — Sur le traitement de la coqueluche par les vapeurs sulfureuses, par WEISGERBER. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 avril.) — De l'ouabaine dans la coqueluche, par GEMMELL. (*Brit. med. Journ.*, 26 avril.)

Cordon ombilical. — Procidences du cordon ombilical méconnues, par PELLISSON. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.)

Cornée. — Kératites à la suite de la paralysie du trijumeau, par FRANKE. (*Deut. med. Woch.*, n° 40.) — Le traitement des affections oculaires les plus communes et les plus importantes, par L. KÖNIGSTEIN. — 2e fascicule, affections de la cornée. (*Vienne.*) — Traitement de l'ulcère de la cornée à hypopion, par BETTREMIEUX. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Du traitement antiseptique des kératites microbiennes, par A. BOURGEOIS. (*Union méd. Nord-Est*, n° 4, p. 126.)

Corps étranger. — Casuistique des corps étrangers, par BECKER. (*Münch. med. Woch.*, p. 240, 1er avril.) — Corps étranger du larynx, par SCHAEFFER. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 6.) — Deux cas d'obstruction partielle d'une bronche par un corps étranger : trachéotomie, guérison, par THOMAS BRYANT. (*Medico-chir. Transact.*, LXXII, p. 441.) — A propos d'un cas d'asphyxie brusque par bol alimentaire chez un dément, par RAMADIER. (*Arch. méd. psych.*, mai.) — Inflammation de la sclérotique provoquée par un corps étranger invisible logé dans le voisinage de l'œil, par WICHERKIEWICZ. (*Rev. gén. d'opht.*, n° 6.) — Corps étranger ayant séjourné 25 ans dans une fosse nasale, par DESCHAMPS. (*Dauphiné méd.*, juin.) — Corps étranger enfoncé dans la cavité buccale et sorti au bout de 10 mois dans la région cervicale postérieure (enfant de 15 mois, morceau de bois), par WAGNIER. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Corps étranger de l'œsophage, extraction par ROMNICIANO. (*Rev. mal. de l'enf.*, juillet.) — Gastrotomie pour sabre d'enfant avalé, par ROSE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 328, 7 avril.) — Corps étranger de l'urètre chez l'homme, par CAVAZZANI. (*Sperimentale*, avril.) — Trois cas de corps étrangers de la vessie, par CHEVALIER. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Corps étranger traumatique du genou, arthrotomie, guérison, par SCHWARTZ. (*Bull. Soc. de Chir.*, XVI, p. 146.)

Couleur. — Loi biologique expliquant la répartition des couleurs noire et blanche chez l'animal et chez l'homme, par RUDOLF ARNDT. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 8, p. 185, 24 février.)

Crâne. — Recherches histologiques sur la voûte du crâne membraneux primordial, par CHAMPEIL. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Forme du crâne et topographie de l'os temporal, par KORNER. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, 1 et 2.) — Etude des os préinterpariétaux dans le crâne humain, par BIANCHI. (*Arch. per l'antrop.*, XIX, 3.) — Le crâne du général Ramorino, par GAMBA. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, novembre-décembre 1889.) — — Sur les déformations artificielles du crâne dans les Deux-Sèvres et la Haute-Garonne, par DELISLE. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 19 décembre 1889.) — Origine de l'antique pratique des compressions improprement dites « déformations artificielles des crânes », par A. NETTER. (*Revue méd. de l'Est*, n° 4, p. 100.) — Etude métrique du crâne de Charlotte Corday, par BENEDIKT. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, V, n° 27.) — Etudes de thermométrie crânienne, par G. RUMMO. (*Riforma medica*, 21 novembre 1889.) — Hyper-

trophie et atrophie séniles du crâne, par HUMPHRY. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Trois leçons sur quelques points relatifs aux blessures de la tête, par BATTLE. (*Brit. med. Journ.*, 5 juillet.) — Sur un cas rare de plaie de la tête par arme à feu, par RATIMOFF. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Sur les abcès des sinus frontaux pouvant simuler des lésions indépendantes de la cavité orbitaire, par PANAS. (*Mercredi méd.*, 14 mai.) — Fracture de l'os temporal, notes sur la trépanation dans les fractures de la base du crâne, par WARREN. (*Americ. Journ. of med. sc.*, mai.) — Fractures de la base du crâne, par E. CANTLEY. (*Saint-Barth. hosp. Rep.*, XXV, p. 242.) — Plaie de la tête, mort 15 ans après de méningite, suite d'otite; nécrose étendue de la portion pétreuse du temporal, par SHAPLEIGH. (*Americ. journ. of med. sc.*, mai.) — Fracture de la voûte du crâne, blessure légère d'une branche de l'artère méningée moyenne, apparition tardive des symptômes, mort, par LANE. (*Lancet*, 26 avril.) — Fracture irradiée de la base du crâne, par BOTTEY. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, III, n° 6.) — Fractures de la voûte du crâne et de la base par irradiation, par DENNETIÈRES. (*Journ. sc. méd. Lille*, 18 avril.) — Observation de tumeur intra-crânienne, par NORMAN, (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — De la crâniectomie dans la microcéphalie, par LANNELONGUE. — Observations, par VERNEUIL. (*Acad. des sc.*, 20 juin.) — Réclamation de priorité au sujet de la crâniectomie, par GUENIOT. (*Acad. des sc.*, 21 juillet.) — De la reproduction osseuse dans les larges pertes de substance du crâne, par KÖNIG. (*Cent. f. Chir.*, 5 juillet.)

Criminels. — Jeunes criminels parisiens, par JOLY. (*Arch. de l'anthropol. crimin.*, V, n° 26.) — Le criminel, par BROUARDEL. (*Union méd.*, 27 mars.) — L'enfance coupable, par RAUX. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, V, n° 27.) — La responsabilité morale des criminels, par PROAL. (*Rev. philos. de la France*, XV, 4.) — Misère et criminalité, par TARDE. (*Ibid.*, XV, 5.) — Principales anomalies rencontrées sur 151 jeunes détenus à la Générale de Turin, par ARNO. (*Arch. di psichiat*, XI, n° 1.) — Types de criminels-nés, par ROSSI et OTTOLENGHI. (*Ibid.*, XI, 1.)

Cristallin. — Cinq nouveaux cas de luxation du cristallin, par FAGE. (*Gaz. hebd. de méd. Bordeaux*, 20 avril.) — Luxations du cristallin, par DE LAPERSONNE. (*Bull. méd. du Nord*, n° 4, p. 73.) — L'opération idéale de la cataracte, par PIPINO. (*Med. News*, 24 mai.) — De la cataracte secondaire au point de vue opératoire, par DUFOUR. (*Soc. franç. d'ophtalm.*, 5 mai.) — Arrêt de l'évolution et résorption partielle de la cataracte avant la période de maturité, par RICHARD KALISH. (*New York med. Record*, p. 341, 29 mars.) — Un cas rare de résorption de cataracte sénile, par R. DESOGUS. (*Riforma medica*, 29 novembre 1889.) — Maturation artificielle de la cataracte, par SNELL. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 12 juin.) — Hyalite spontanée purulente, 9 mois après une opération de cataracte, par BERRY. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 13 mars.) — Délire survenant à la suite d'opérations de cataracte, par VALUDE. (*Soc. d'ophtalm.*, 3 juin.) — Du délire après l'opération de la cataracte, par PARINAUD. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Les maladies générales et l'opération de la cataracte, par TROUSSEAU. (*La Médecine moderne*, 14 mars.) — Glaucome étincelant après extraction d'une cataracte avec iridectomie, par P. REYSER. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 15 mars, p. 378.) — Du traitement après les opérations de cataracte, par CHISOLM. (*Lancet*, 7 juin.)

Croissance. — Sur le degré de croissance du corps et des membres dans ses rapports avec les procédés de rectification des difformités, par WALTER PYE. (*Lancet*, 26 juillet.) — Sur un cas d'arrêt de développement infantile, par COURTOIS-SUFFIT. (*Rev. de méd.*, juillet.)

D

Démographie. — Des mesures propres à rendre moins faible l'accroissement de la population en France, par LAGNEAU. (*Bull. Acad. de méd.*, 24 juin.) — Etudes sur le malthusianisme, par S. LINDNER. (*Vienne.*)

Dengue. — La dengue, par CANTANI. (*Giorn. int. d. sc. med.*, n° 6.) — De la fièvre dengue en 1889, par SPADARO. (*Gaz. méd. d'Orient*, n° 1.) — L'épidémie de dengue de Smyrne, par JOVANOF. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, n° 14, p. 210.) — De la fièvre dengue, par ORNSTEIN. (*Deutsche med. Woch.* n° 2, p. 25.) — La fièvre dengue aux îles Fidji, par SKOTTOWE (*Epidemiol. Soc. London.* 11 juin). — Note sur la dengue et l'épidémie régnante, par MAUREL. (*Rev. méd. Toulouse*, p. 7.) — Maladie analogue à la dengue, observée à Kells (*Islande*), par JOHN RINGWOOD. (*Dublin journ. of med. sc.*, *p.* 395, mars.)

Dent. — Traité d'odontologie, par LUDW. BRANDT. (*Berlin.*) — De la 2e dentition et de l'apparition des 1res grosses molaires dans son rapport avec la 3e dentition, c'est-à-dire avec le remplacement des dents de lait par les dents permanentes; état de la 2e dentition durant la 3e, par TROITSKY. (*Rev. mal. de l'enf.*, juillet.) — Sur le point de départ de l'unité et de la diversité dans quelques systèmes dentaires des mammifères, par HEUDÈS. (*Acad. des sc.*, 9 juin.) — Du traitement et des indications opératoires des affections dentaires pendant la grossesse, par FOURRIER (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Désinfection. — De la stérilisation et de la désinfection par la chaleur, par STRAUS (*Arch. de méd. expér.*, n° 2.) — De la désinfection avant et après les maladies aiguës, par MC. CASKEY. (*New-York med. Record*, p. 233, 1er mars.) — Des établissements publics de désinfection, par VINAY. (*Lyon méd.*, 8 juin.)

Diabète. — Quelques considérations sur le diabète sucré, par RENAUT. (*Revue de clinique et de thérap.* n° 23, p. 361.) — Du diabète sucré, par LANCEREAUX. (*Bull méd.* 18 mai.) — Théorie nouvelle et traitement du diabète, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 21 mai.) — Le diabète est-il une maladie transmissible? par RÉMOND. (*Gaz. des hôp.*, 19 juin.) — Discussion sur le diabète. (*Soc. sc. méd. de Lyon*; *Lyon méd.*, 4 mai.) — Sur l'état du pancréas dans le diabète, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 11 mai.) — Rapports entre le diabète et les maladies du pancréas, par O. MINKOWSKI. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 167, 24 février.) — Du diabète pancréatique, par RÉMOND. (*Gaz. des hôp.*, 24 juillet.) — Diabète sucré et insipide, par SMITH. (In-8°, *Detroit.*) — Des résultats objectifs de l'exploration du foie dans le diabète, par FRANTZ GLÉNARD. (*Bull. acad. de méd.*, 17 juin.) — Le diabète dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par DEMELIN. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 17, p. 260.) — Le diabète sucré, sa cause, sa nature, sa guérison radicale, par E. SCHNÉE. (de Carlsbad.) (In-8°, *Paris.*) — Le rein diabétique, par PISENTI et ACRI. (*Acad. med. chir. de Perugia*, II, 2 et 3.) — Des processus gangreneux chez les diabétiques, de leur traitement, par BUDDE. (*Ugesk. f. Læger* XIX, p. 1.) — Des complications du diabète, par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 8 juin.) Études sur le diabète provoqué par la phloridzine, par F. MORITZ. (*Münch. med. Woch.*, p. 227, 25 mars.) — Diabète sucré, convulsions pendant 17 heures, mort, par FINLAYSON. (*Brit. med. journ.*, 3 mai.) — Diabète sucré syphiliti-

que, par DECKER. (*Deut. med. Woch.*, n° 47, 1889.) — Un cas de diabète d'origine traumatique : coma, mort, par LOISNEL. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — Les accidents graves des diabètes glycosuriques. Acétonémie, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 1er mai.) — Sur un cas de paraplégie diabétique, par CHARCOT. (*Arch. de neurol.*, mai.) — Du régime alimentaire dans la glycosurie, par DUHOMME. (*Ann. de thérap. méd. chir.*, mars-avril.) — Traitement médicamenteux et hydrominéral du diabète sucré, par HUCHARD. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 17, p. 257.) — Pilocarpine dans le diabète, par LANNOIS. (*Lyon méd.* p. 565, 20 avril.) — Traitement du diabète sucré, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 25 juin.)

Diathèse. — Court aperçu historique et critique sur les diathèses, par MONMARSON. (*Thèse de Paris*, 5 juin.)

Digestion. — De la leucocytose de la digestion, par MULLER. (*Prager med. Woch.* 23 avril.)

Diphtérie. — Les principales théories sur la pathogénie et le traitement de la diphtérie, par HENNE. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Les microorganismes, par M'WEENEY. (*Royal acad. of med. Ireland*, 2 mai.) — Le bacille de la diphtérie, par SPRONCK, WINTGENS et VAN DEN BRINK. (*Weekb. Nederl. Tidj. voor Geneest*, II, n° 22.) — Nouvelles recherches sur l'étiologie de la dipthérie, par KLEIN. (*Cent. f. Bakter.* VII, n° 25.) — Les observations de KLEIN sur l'étiologie de la diphtérie, par WURTZ. (*Revue gén. des sc. pures*, 15 juin.) — Remarques sur le travail de KLEIN sur l'étiologie de la diphtérie, par LOEFFLER. (*Cent. f. Bakter*, VII, n° 17.) — L'état actuel de la question de l'étiologie de la diphtérie, par LÖFFLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 5., p. 81.) — De la diphtérie, par J. SIMON. (*Bull. méd.*, 15 juin.) — Des conditions de propagation de la diphtérie, par SEVESTRE. (*Progrès médical*, 3 mai.) — De la non-identité de la diphtérie humaine et de la diphtérie des oiseaux, par SAINT-YVES MÉNARD. (*Rev. des sc. natur. appliq.*, 20 mai.) — Sur les processus de formation de la membrane diphtéritique, par RUFFER. (*Brit. med. journ.*, 26 juillet.) — La diphtérie et la fièvre typhoïde à Berlin, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch*, p. 310, 31 mars.) — La diphtérie à l'hospice de la Charité du 1er nov. 1889 au 30 avril 1890, par VINCENT. 1264 cas, 125 morts, 108 croups, 104 trachéot. 73 décès. (*Lyon méd.*, 1 juin.) — La diphtérie pendant l'épidémie d'influenza, par BARTHÉLEMY. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 avril.) —La diphtérie à l'hôpital des enfants, par SAINT-PHILIPPE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 22 juin.) — Du développement des épidémies de diphtérie en France. Mesures prophylactiques adoptées dans le département du Rhône, par O. DU MESNIL. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIII, 158, février.) — Recherches sur la diphtérie de la scarlatine et son traitement, par HEUBNER. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 1 et 2.) — Un cas de diphtérie avec absence du réflexe rotulien, par SHARKEY. (*Brain*, n° 50.) — Diphtérie, paralysie envahissant les muscles conjugués, par BALL. (*Lancet*, 3 mai.) — Érysipèle de la face consécutif à une diphtérie pharyngée, par OTT. (*Prager med. Woch*, n° 14.) — Étude anatomo-pathologique et clinique de la myocardite infectieuse diphtérique, par HUGUENIN. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Croup chez un enfant de 18 mois, guérison, par DIDIER. (*Lyon méd.*, p. 52, 11 mai.) — Quelques considérations sur un cas de croup guéri par la trachéotomie, par TIRINNANZI. (*Sperimentale*, juin.) — Traitement curatif et préservatif du croup et de l'angine couenneuse, par GALLAVARDIN. (*Lyon méd.*, 15 juin.) — Du traitement de la diphtérie, par J. SIMON. (*Semaine méd.*, 19 juin.) — Traitement de la diphtérie, par J. DURAN. (*Rev. de ciencias med. Barcelone*, n° 4.) — Un traitement rationnel de la diphtérie, par HOADLEY. (*Times and register*, 21 déc. 1889.

Dysenterie. — Un cas de dysenterie, par NEGEL. (*Bull. soc. méd. de Jassy*, III, n° 5.) — Relation d'une épidémie de dysenterie observée sur le 11e régiment de cuirassiers à Lunéville, juillet-août 1889, par ACHINTRE. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.)

E

Eau. — Rapport de la commission chargée d'étudier les divers projets de distribution d'eau proposés pour l'agglomération bruxelloise. (*Le Mouvement hygiéniq.*, VI, 142.) — Etude sur les eaux (potables) de Montpellier, par E. BERTIN-SANS. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIII, 193, mars.) — Les rapports entre les épidémies et les eaux potables, par ABBOTT. (*John hopkins hosp. Bull.*, n° 5.) — Sur les relations du sol et de l'eau qui le traverse, par DUCLAUX. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril.) — Mode de filtration de l'eau des fleuves, par CORNIL. (*Journ. des conn. méd.*, 12 juin.) — Sur l'assainissement spontané des fleuves à propos des eaux du Rhône, par P. CAZENEUVE. (*Revue d'hyg.*, XII, 210, mars.) — Du pouvoir désinfectant du peroxyde d'hydrogène sur l'eau, par ALTEHŒFER. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 5.) — Le filtrage des eaux, par DUCLAUX. (*Annales Institut Pasteur*, janvier.) — De la double distribution d'eau de source et de l'eau de Seine dans les habitations privées, de l'épuration de l'eau de Seine, par VAILLARD. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 mars.). — De l'utilisation des eaux fluviales au point de vue alimentaire, par MICHEL. (*Soc. de méd. prat.*, 24 avril.) — Recherches bactériologiques sur les eaux d'alimentation de la ville de Marseille, par RIETSCH. (*Marseille méd.*, n° 3, p. 154.) — L'examen des eaux de boissons, ses rapports avec la fièvre typhoïde, par VAUGHAN. (*Med. News*, 14 juin.) — Manuel pratique d'analyse micrographique des eaux, par FABRE-DOMERGUE. (In-16, *Paris.*) — L'eau potable à Paris. (*Bull. méd.*, 29 juin.) — De quelques micro-organismes faciles à confondre avec le bacille typhique dans les eaux potables de Rome, par SANTORI. (*Bull. comm. spec. d'igiene di Roma*, n° 8, 1889.) — Recherches bactériologiques sur les eaux potables à Christiania, par SCHMELCK. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 4.)

Eaux minérales. — Sur les sources minérales de Cransac, par CARNOT. (*Acad, des sc.*, 21 juillet.) — Les eaux minérales et les bains de Tatzmansdorf. par SQUIRE. (*Lancet*, 2 août.) — De l'azote dans les eaux minérales, par MAZERY. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Action thérapeutique de Salies de Béarn contre l'évolution chronique des maladies et leurs complications microbiennes, par R. PETIT. (In-8°, 187 p., *Paris.*) — Action thérapeutique des boues minérales, par PINS. (*Wiener med. Woch.*, n° 7.) — De l'hydrothérapie thermale et du massage associés, traitement d'Aix-les-Bains, par FORESTIER. (*L'act. méd.*, 15 mai.) — La cure des affections chroniques des voies respiratoires à Cauterets, par A. BOUYER. (In-16, *Paris.*) — Les avantages et les dangers des interventions thermales chez les cardiaques, par LAUSSEDAT. (*Ann. Soc. d'hyd.*, mars.) — Les eaux minérales d'Enghien envisagées au point de vue des doctrines microbiennes et de leurs divers modes d'emploi en thérapeutique, par JAPHET. (In-8°, *Paris*, 1889.) — Observations nouvelles sur l'illutation partielle par les boues de Dax par BARTHE SANDFORT. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai.) — Clinique thermale de Vichy, par CORNILLON. (3e fasc., *Cusset.*) — Antisepsie pulmonaire, l'inhalation à Allevard, ses prétendus dangers, par NIEPCE. (*Broch. Saint-Raphaël.*) — Les doctrines microbiennes et la thérapeutique thermale, par SCHLEMMER (*Cong. int.*

d'hydrol., 1889.) — De la médecine thermale et de la chirurgie dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes graves, par DE RANSE. (In-8° *Paris.*) — Du rôle physiologique et thérapeutique de l'azote gazeux considéré principalement dans les eaux minérales de sPyrénées, par DUHOURCAU. (*Rev. des Pyrénées et de la France méd.*, n° 2.) — Diabète sucré et diabète phosphatique aux eaux de Brides-Salins, par DELASTRE. (In-8°, *Lyon.*) — La production d'acide carbonique dans les fabriques d'eaux minérales, par LOHMANN. (*Pharm. Zeit.*, XXXV, n° 27.)

Eclampsie. — Des lésions du foie dans l'éclampsie puerpérale, par DE LAURADOUX. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Le foie des éclamptiques, par PILLIET. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 juillet.) — Cinq cas d'éclampsie puerpérale, état de l'urine dans cette affection, par HERMAN. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXII, 1.) — Traitement de l'éclampsie puerpérale, par P. HURD. (*Therapeutic Gaz.*, novembre 1889.)

Eczéma. — De l'eczéma des ongles, par LEVRIER. (*Thèse de Bordeaux.*) — Eczéma séborréique syphilitique, par TAYLOR. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 141, avril.) — Deux cas d'eczéma mercuriel par l'application du pansement de Scott par SHEPHERD. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Anatomie pathologique de l'eczéma, par LELOIR. (*Ann. de dermat.*, I, n° 6.)

Électricité. — Les applications pratiques de l'électricité en médecine et en chirurgie, par LIEBIG et ROHÉ. (In-8°, *Philadelphie et Londres.*) — Mon expérience sur l'électricité en gynécologie, par MUNDÉ. (*Americ. journ. of Obst.*, juin.) — De l'emploi des courants constants en gynécologie, par NŒGGERATH. (*Cent. f. Gynaek.*, 5 juillet.) — De l'électricité en gynécologie, par TEMESVARY. (*Budapest orvosegy.*, mars.) — Etudes sur l'électrothérapie en gynécologie, en particulier du traitement des arrêts de la menstruation et de la conception par la sonde, par NAGEL. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVIII, 1.) — L'électricité en thérapie gynécologique, par BIGELOW. (*Med. News*, 10 mai.) — De l'emploi du courant continu en gynécologie, par SAULMANN. (*Cent. f. Gynaek.*, 10 mai.) — Le rôle de l'électricité en médecine, par VON LANGERMEERSCH. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, avril.) — Action du courant continu sur les myomes, par KLEIN. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 1.) — De l'excitation des nerfs lombaires de la grenouille par les courants galvaniques intermittents; lois qui en résultent et rôle de la direction des courants comparé à l'action propre de chaque pôle, par COURTADE. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — L'emploi de l'action cataphorique du courant galvanique pour l'ablation des néo-formations syphilitiques, par WOODBURY (*Med. News*, 21 juin.) — Technique de l'électrolyse médicale. Modifications apportées au traitement des tumeurs érectiles par l'électricité, par BOUDET DE PARIS. (*Rev. d'hyg. thérap.*, juillet.) — Contribution à la théorie de l'excitation électrique, par BERNSTEIN. (*Arch. f. d. ges. Phys.*, XLVI, p. 259.) — Les réactions électriques dans le diagnostic des affections médicales et chirurgicales, par WORKMAN. (*Glasgow med. journ.*, p. 305, avril.) — De la prostration électrique (influence de l'arc voltaïque sur les yeux, le front, la face), par HOFF GOSWELLER. (*New York med. Record*, p. 147, 8 février.)

Éléphantiasis. — Cas d'éléphantiasis congénital cystique, par LINDFORS. (*Zeit. f. Geburts.*, XVIII, 2.) — Elephantiasis du clitoris, par LAURO. (*Ann. di ostetr. e gin.*, mars-avril.)

Embolie. — Embolies graisseuses des vaisseaux pulmonaires chez une éclamptique, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 241, 17 mars.)

Embryon. - Sur un mécanisme de transformation de la circulation veineuse

chez l'embryon humain, par PHISALIX. (*Soc. de biol.*, 10 mai.) — Sur la division des cellules embryonnaires chez les vertébrés, par HENNEGUY. (*Soc. de biol.*, 12 juillet.) — Contribution à la pathologie de l'embryon humain, par PHISALIX. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, n° 3.)

Empoisonnement. — Empoisonnement par le chanvre indien, par GLOVER. (*Med. News*, 3 mai.) — Empoisonnement par la cocaïne, par ROUDSKI. (*Med. Obosrenie*, n° 5.) — La pilocarpine dans l'empoisonnement par la belladone, par MC GOWAN. (*Lancet*, 26 juillet.) — Traitement de la morphinomanie, par E. LANPHEAR. (*Journ. of. amer. med. Assoc.*, 3 mai, p. 648.) — Respiration artificielle dans trois cas de narcose par l'opium, par VANDERBURG. (*New York med. Record*, p. 144, 8 février.) — Intoxication par l'opium, par SCHILLING. (*München. med. Woch.*, 18 mars.) — Phénomènes d'empoisonnement chez un enfant de 11 ans par l'administration prolongée de santonine, par VON REY. (*Therap. Monatshefte*, 1889, n° 11 et *Viert. f. g. Med.*, LII, 406, avril.) — Nouvelles recherches sur quelques états d'auto-intoxication acide de l'organisme, par P. PELLACANI. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, mars.) — Effets toxiques dus à l'emplâtre de cantharides, par BRESSLER. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Action toxique du salicylate de soude, par BARRON. (*Lancet*, 31 mai.) — Observations d'empoisonnement par l'arsenic, par S. STOCKER. (*Arch. f. pathol. Anat.*, XVIII, 3.) — Mort due probablement à l'application d'un emplâtre arsenical, par CAMERON. (*Brit. med. journ.*, 26 juillet.) — Empoisonnement arsenical aigu par l'orpiment, par CHABENAT et LEPRINCE. (*Soc. de méd. lég.*, 9 juin.) — Un cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse, par ANDERSON. (*New York med. Record*, p. 707, 28 décembre 1889.) — Intoxication phosphorée aiguë, par F. ARNAUD. (*Marseille méd.*, n° 3, p. 145.) — Empoisonnement aigu par l'antipyrine, par SCHWABE-WOLDENBERG. (*Deut. med. Zeit.*, n° 45.) — Empoisonnement par l'antifébrine, par HARTGE. (*St Petersb. med. Woch.*, n° 8.) — Sur quelques particularités chimiques et microscopiques observées dans les empoisonnements expérimentaux par l'aniline et par la pyrodine, par A. VACCARI. (*Riforma medica*, 10 décembre 1889.) — Empoisonnement par l'antipyrine avec formation de membranes dans la bouche et symptômes de laryngite striduleuse, par SALINGER. (*Americ. journ. of med. sc.*, mai.) — Effets toxiques de l'exalgine, par SEMPLE. (*Brit. med. journ.*, 12 juillet.) — Effets toxiques de l'exalgine, par JOHNSTON. (*Brit. med. journ.*, 3 mai.) — Effets toxiques de l'exalgine, par WALKER. (*Brit. med. journ.*, 31 mai.) — Effets toxiques de l'exalgine, par GUBB. (*Brit. med. journ.*, 17 mai.) — Empoisonnement par la thio-résorcine, par AMON. (*Therap. Monatsh.*, 1889, n° 11 et *Viert. f. ger. Med.*, 406, avril.) — Empoisonnement par l'antifébrine, par HALEY. (*Weekly med. Rev.*, 9 novembre 1889). — Empoisonnement par l'acétanilide, par S.-T. ARMSTRONG. (*Therapeutic Gaz.*, avril.) — Empoisonnement par le naphtol B, par DESGUIN. (*Bull. Soc. méd. Anvers*, mai.). — Un cas d'empoisonnement par l'essence de pétrole, par JOSEPH LEYDY. (*Therapeutic Gaz.*, juillet 1889.) — Empoisonnement par l'huile de cèdre, par ELLYSON. (*Therap. Gaz.*, 16 juin.) — Empoisonnement mortel par le bromure d'éthylène confondu avec le bromure d'éthyle prescrit comme anesthésique, par KOLLMAR. (*Therap. Monatsh.*, 1889, n° 11.) — Empoisonnement par l'oxyde de carbone, par STEVENSON. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Empoisonnement par l'oxyde de carbone, par LANDE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 29 juin.) — Empoisonnement par le gaz d'éclairage, par COOPER. (*Brit. med. journ.*, 12 juillet.) — Empoisonnement par les champignons, par CAMERON. (*Brit. med. journ.*, 19 juillet.)

Enfants. — La médecine infantile, par GRANCHER. (*Bull. méd.*, 30 juillet.) —

Mortalité des enfants du premier âge, par Ledé. (*Cong. des Soc. sav. Bull. méd.*, 1er juin.) — Les mouvements de l'enfant au premier âge, par Marion. (*Rev. scientif.*, 21 juin.) — Etude des configurations du crâne chez les nouveau-nés, par Runge. (*Zeit. f. Geburts*, XIX, 1.) — L'influence nocive de l'abaissement de la température et de l'air de la nuit sur les enfants endormis, par Harrisson. (*Americ journ. of obst.*, juin.) — De l'insomnie chez les enfants envisagé au double point de vue de l'étiologie et du traitement, par Simon. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, mars.) — Lésions histologiques des encéphalites chroniques de l'enfance, par Pilliet. (*Tribune méd.*, 15 mai.) — Paralysies cérébrales du jeune âge, cent quarante cas, par Sachs. (*N. York Acad. of med.*, 3 avril.) — Etudes sur les paralysies d'origine cérébrale de l'enfance basée sur l'analyse de cent quarante cas, par Sachs et Peterson. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, mai.) — Tumeurs tuberculeuses multiples du cerveau chez un enfant de 7 mois 1/2, par Lindsay Steven. (*Brit. med. journ.*, 31 mai.) — Polyomyélite chronique survenant chez un enfant de 5 ans, par Kirkham. (*Brain*, n° 49.) — Deux cas d'athétose chez l'enfant, par Vorkman. (*Glasgow med journ.*, p. 342, mai.) — Des balancements et des secousses de tête chez les enfants, associés au mystagmus, par Hadden. (*Lancet*, 14 juin.) — L'aprosexie chez les enfants, par Shaw. (*Practitioner*, juillet.) — Du trismus des nouveau-nés, par U. Williams. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 26 avril, p. 607.) — Cas d'asthme chez un enfant de 2 ans, par Mesnard. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 4 mai.) — De l'asthme essentiel chez les enfants, par Bert. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Un cas de bronchite fibrineuse chez l'enfant, par Lewis Allen. (*New York med. Record*, p. 376, 5 avril.) — Marche de la pneumonie caséeuse, chez l'enfant, par Choppin. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Sur les pleurésies purulentes de l'enfance, par Finkelstein. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Des signes qui permettent de soupçonner la tuberculose chez les enfants, par Boucher. (*Thèse de Paris*, 22 mai.) — Du traitement des états congestifs du poumon chez l'enfant, par H. Gillet. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, n° 15, p. 237.) — Traitement de l'empyème chez les enfants, par Tschernow. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 1 et 2.) — L'eucalyptus dans le catarrhe des voies respiratoires et la toux obstinée des enfants, par Solis Cohen. (*Med. News*, 24 mai.) — Des maladies du cœur chez l'enfant, par Bruce. (*Brit. med. journ.*, 26 avril.) — Un cas singulier d'affection cardiaque, par Wilson. (*Lancet*, 31 mai.) — Maladie de Raynaud chez un enfant de 10 ans, par Colman. (*Clin. Soc. of London*, 25 avril.) — Traitement diététique des troubles digestifs chez les jeunes enfants, par Rheiner. (*Therap. Monats.*, avril.) — Du lavage de l'estomac chez l'enfant, par Seibert. (*Arch. of pediat.*, avril 1889.) — Etude sur la gangrène disséminée de la peau chez les enfants, par Charmoy. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Lèpre chez un enfant, par Fox (*Journ. of cutan. dis.*, p. 184, mai.) — Fièvre intermittente légitime, observée à Paris chez un enfant de 14 mois qui habite près du canal Saint-Martin, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 avril.) — Mort d'un enfant de 5 mois, pendant l'anesthésie par le chloroforme, par Althorp. (*Brit. med. journ.*, 21 juin.) — Les maladies des enfants et les eaux thermales chlorurées sodiques de Salins-Moutiers (Savoie), 2e édition, par C. Laissus. (*Moutiers*). — Pathogénie de certains abcès multiples chez les nourrissons, par Couder. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, mars.) — Simulation prolongée d'hématémèse et de mélœna chez une fillette de 14 ans, par Festal. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 4 mai.) — De la valeur des urines sanguinolentes comme unique signe de scorbut chez les enfants, par Samuel Gee. (*St Barth. hosp. Rep.*, XXV, p. 85.) — Hématurie chez un nouveau-né, par Hue, (*Normandie méd.*, 1er mai.) — Hémorragie vulvaire ou vaginale chez les nouveau-nés, par Busey. (*Americ. journ. of obst.*, mai.) — Kyste séreux congénital chez

un enfant de 8 jours, par TARNIER. (*Bull. Acad. de méd.*, 27 mai.) — Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par A. T. MUZZY. (*Amer. journ. of obst.*, mars.) — Colotomie inguinale pour absence du rectum chez un enfant de 5 jours, par HELME. (*Brit. med. journ.*, 7 juin.) — Invagination chez un enfant de 6 mois. Laparotomie, guérison, par FR. KAMMERER. (*New York med. Record*, p. 113, 1er février.) — Opération de cure radicale chez un enfant de 21 mois, atteint de hernie étranglée, par DEZANNEAU. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 58; 2e semestre 1889.) — Remarques à propos d'une observation de hernie inguinale congénitale étranglée chez un enfant de 13 mois, par PHOCAS. (*Bull. méd. du Nord*, nos 4 et 6.) — Calcul urétral de gros volume chez un enfant de 2 ans et demi, par BOLTON. (*Lancet*, 12 juillet.) — Taille hypogastrique et suture primitive de la vessie chez les enfants, par DURET (*Journ. sc. méd. Lille*, 30 mai.) — Polype muqueux de la vessie chez un enfant, taille sus-pubienne, mort au 23e jour, par BATCHELOR. (*Med. News*, 19 juillet.) — Sarcome de la prostate chez un enfant de 9 mois, par TORDEUS. (*Journ. de méd., Bruxelles*, 5 juillet.) — Sarcome de l'ovaire chez un enfant, par MALINS. (*Lancet*, 31 mai.) — Fractures des deux fémurs chez un enfant né en présentation du siège. par RÉMY. (*Arch. de tocol.*, juin, et *Revue méd. de l'Est*, n° 6.) — Luxation de la hanche chez un enfant de 5 ans, par JONES (*Brit. med. journ.*, 31 mai.)

Épilepsie. — Des épilepsies, par BONNINI. (6e *Cong. freniat. ital.*, septembre 1889.) — Des variations de la sensibilité générale, sensorielle et réflexe chez les épileptiques, dans l'intervalle et pendant les accès, par AGOSTINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 1 et 2.) — De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement, par BALLET. (*Gaz. des hôp.*, 26 juillet.) — Etude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses, par FRENKEL. (*Thèse de Lyon*, n° 527.) — Actes automatiques inconscients, post-épileptiques, par COLMAN. (*Lancet*, 5 juillet.) — Contribution à l'étude des dégénérescences intellectuelles (influence de l'éducation) et de l'épilepsie, par DINGLER et A. PARIS. (*Revue méd. de l'Est*, n° 8, p. 236.) — De l'automatisme comitial ambulatoire, par SOUS. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — L'ankylose de l'atlas et son influence sur l'épilepsie, par W. SOMMER. (*Archiv f. pathol. Anatom.*, XIX, 2.) — Epilepsie causée par l'imperforation de l'hymen, par SOMERS. (*Lancet*, 10 mai.) — Un cas d'amnésie temporaire complète associée à l'épilepsie, par OGDEN BACKUS. (*New York med. Record*, p. 405, 12 avril.) — Sur l'action du bromure de potassium chez les épileptiques à sclérose cérébrale diffuse, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 24 mai.) — Traitement de l'épilepsie par le borate de soude, par RUSSELL et TAYLOR. (*Lancet*, 17 mai.) — L'antipyrine dans le traitement de l'épilepsie, par CH. DILLER. (*Therapeutic Gaz.*, juin 1889.) — Le sulfonal, son action dans l'épilepsie, par TUON. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Un cas d'épilepsie guéri pendant 5 mois par la raréfaction, par GORIS. (*Soc. d'otol. belge; Ann. mal. de l'oreille*, juin.) — Hystéro-épilepsie : Oophorectomie durant la grossesse, par D. NELSON. (*Med. News*, 3 mai, p. 465.) — Epilepsie jacksonnienne. Trépanation, par LARGER, (4e *Cong. de chir.; Rev. de chir.*, 1889, p. 914.) — Epilepsie jacksonienne, supposée syphilitique, guérison par la trépanation, par MILLER. (*Lancet*, 10 mai.) — De la trépanation dans l'épilepsie, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 7 mai.) — De l'hospitalisation des épileptiques, par VOISIN. (*Soc. méd psych.*, 19 mai.)

Épithéliome. — Sur la signification des figures décrites comme coccidies dans les épithéliomes, par BORREL. (*Soc. de biol.*, 12 juillet.) — Pathologie

des excroissances cornées, des verrues et des épithéliomes, par ALEX. FOULERTON. (*St Barth. hosp. Rep.*, XXV, p. 105.) — Epithéliome calcifié, par LARABRIE. (*Cong. des Soc. sav.; Bull. méd.*, 1er juin.) — Contribution à l'étude des cylindromes, par CIRINCIONE. (*Giorn. dell' Assoc. del Natur., Naples*, I, 4.) — Epithélioma de la joue, par LEWIS. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 69, février.) — Large épithélioma superficiel ulcéré de la face, rapidement cicatrisé par la poudre d'aristol, par BROCQ. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 avril.) — Traitement des épithéliomas d'origine sébacée par l'acide acétique, par ARNOZAN. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 avril.)

Érysipèle. — De l'érysipèle dans les maladies du foie, par ROULET. (*Thèse de Paris*, 22 mai.) — Sur un cas de broncho-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe, par MOSNY. (*Arch. de méd. expér.*, n° 2, et *Gaz. des hôp.*, 13 février.) — Les nouvelles méthodes de traitement de l'érysipèle. (*Bull. méd.*, 28 mai.) — Sur les divers modes de traitement de l'érysipèle et particulièrement de l'emploi des pulvérisations éthérées de sublimé, par CAYET. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Du traitement de l'érysipèle de la face par la conitine cristallisée, par BOURBON. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Traitement de l'érysipèle, injections d'acide phénique, par BIDWELL. (*Hunt. Soc.*, 23 avril.) — Traitement de l'érysipèle du tronc et des membres par les bains d'eau chaude, par ROSE. (*Therap. Gaz.*, 16 juin.)

Érythème. — De la pathogénie des érythèmes, par A. RENAULT. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, n° 16, p. 241.) — Erythème noueux palustre, par MONCORVO. (*Broch., Paris.*) — Eruption bromique, par BRONSON (*Journ. of cutan. dis.*, p. 138, avril.)

Estomac. — Recherches sur le chimisme stomacal à l'état normal et à l'état pathologique, par HAYEM et WINTER. (*Bull. méd.*, 6 juillet.) — Etude des sécrétions salines dans la digestion stomacale, par JAKSCH. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 5.) — Considérations historiques sur les maladies de l'estomac et sur leur traitement, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.) — Les méthodes pour apprécier l'état des fonctions motrices de l'estomac, par ARMIN HUBER. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 3, p. 65, 1er février.) — Des nouveaux moyens d'exploration des fonctions digestives, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 juillet.) — Le diagnostic moderne des maladies de l'estomac, par CHÉRON. (*Union médicale*, 1er avril.) — Des conditions de la nutrition dans les maladies de l'estomac, par NOORDEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 6.) — Etudes expérimentales sur la valeur de la recherche du salol dans le diagnostic des gastropathies, par A. FERRANNINI. (*Riforma medica*, 26 novembre 1889.) — Un cas rare de tuberculose gastrique, par BARBACCI. (*Sperimentale*, mai.) — Anatomie pathologique de l'estomac, thromboses des capillaires, par MAY. (*Münch. med. Woch.*, 18 mars.) — Des névroses mixtes de l'estomac, par REMOND. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Dyspeptiques et gastralgiques, par PETER. (*Union médicale*, 6 mai.) — Les dyspepsies, par LANCEREAUX. (*Semaine méd.*, 23 juillet.) — Atonie gastrique et dilatation de l'estomac, par BARTH. (*Revue génér. de clin. et de thérap.*, n° 11.) — Sur un cas de gastrite aiguë emphysémateuse, d'origine probablement mycotique, par EUG. FRAENKEL. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVIII, 3.) — De la douleur dite caractéristique de l'ulcère rond de l'estomac, par BERNHEIM. (*Bull. méd.*, 23 juillet.) — Ulcère de l'estomac, par SMITH. (*Med. News*, 17 mai.) — Péritonite sus-ombilicale, fibrino-membraneuse consécutive à une gastrique ulcéreuse, mort, par LANCIAL. (*Journ. sc. méd., Lille*, 2 mai.) — Ulcère de l'estomac, symptômes de perforation, péritonite, abcès s'ouvrant dans l'intestin, par BARTON. (*Clin. Soc. of London*, 25 avril.) — Les

types cliniques du cancer de l'estomac, par TAPRET. (*Union médicale*, 10 avril.) — Contribution à l'étude clinique du carcinome de l'estomac, par V. CERVELLO. (*Sicilia medica*, n° 5, p. 305.) — Des complications non cancéreuses de l'appareil pulmonaire dans le cancer de l'estomac, par PIERRE. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Sur le cancer de l'estomac, par H. DE RENZI. (*Riforma medica*, 7, 8 et 9 avril.) — Le cancer venant compliquer l'ulcère rond de l'estomac, par ROSENHEIM. (*Gaz. des hôp.*, 21 juin.) — Cancer de l'estomac et lypémanie anxieuse, par FAURE. (*Lyon méd.*, p. 600, 27 avril.) — Cancer du pylore ayant déterminé une fistule gastro-cutanée, par BOTTEZ. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, III, n° 5.) — Quelques expériences propres à éclairer la thérapeutique de la dyspepsie gastrique, par GEORGES. (*Arch. de méd. expér.*, n° 1.) — Des procédés de nutrition dans les maladies de l'estomac, par NOORDEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 5.) — Procédé opératoire à employer pour le lavage de l'estomac, par FAUCHER. (*Rev. d'hyg. thérap.*, juin.) — Etude pathogénique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et sur son influence sur la neurasthénie, déséquilibrés du ventre, par BLANC-CHAMPAGNAC. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Traitement des névroses gastriques, par F. HELLER. (*Wien. med. Presse*, n° 4, p. 133.) — Traitement des troubles gastriques d'origine neurasthénique, par BOGDAN. (*Bull. Soc. de méd. de Jassy*, III, n° 4.) — Des myomes de l'estomac, par KUNZE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 3.) — Exploration du pylore pour une obstruction, par MARTEN. (*Lancet*, 2 août.) — Rétrécissement du pylore causé par un calcul biliaire. Opération, guérison, par MIKULICZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 238, 10 mars.) — Perforation de l'estomac à la suite de l'ulcération d'un adénome, par A. VITI. (*Riforma medica*, 23-24 avril.) — Des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin, par RECLUS. (*Mercredi méd.*, 18 juin.) — Plaie, par arme à feu, de la paroi abdominale; hernie de l'estomac; laparotomie, guérison, par R. DI FREDE. (*Giorn. med. dell. r. esercito*, p. 129.) — Deux cas de gastro-entérotomie, par STUDSGAARD. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXI, n° 16.) — Observation de gastrostomie, par MAYO ROBSON. (*Brit. med. journ.*, 7 juin.) — Remarques sur la pylorectomie, par STOKES. (*Brit. med. Journ.*, 3 mai.) — Présentation de l'estomac d'un malade ayant succombé à une récidive du cancer pour lequel il avait subi une résection du pylore, par KROENLEIN. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 10, 1er janvier.) — Gastro-entérostomie et pylorectomie, par TUHOLSKE. (*Med. News*, 10 mai.)

Exanthème. — Les éruptions à la suite de l'ingestion de l'acide urique, par QUINGUAUD. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 avril.)

Expectoration. — Du crachat vert, par COMBEMALE et FRANÇOIS. (*Soc. de biol.*, 17 mai, et *Bull. méd. du Nord.*, n° 9.)

F

Face. — Du développement de l'intermaxillaire externe et de son incisive après l'examen des cyclocéphaliens. Conséquences qui en découlent au point de vue de la pathogénie des fissures osseuses de la face, par LANNELONGUE. (*Arch. de méd. expér.*, n° 4.) — Hématrophie faciale progressive et quelques symptômes inusités, par SACHS. (*New York med. record.*, p. 292, 15 mars.) — De l'empyème des sinus frontaux, par G. RICHARDS. (*Journal of amer. med. Assoc.*, 28 mars, p. 444.) — Traitement des pertes

de substance de la muqueuse des joues, par OBERST. (*Deutsche med. Woch.*, n° 5, p. 86 ; 1890.)

Falsifications. — Recherches des grignons d'olives dans le poivre, par PABST. (*Journ. de pharm.*, 15 juin.) — Falsification du poivre par le galanga, par AUDOUARD. (*Ibid.*, 1er juin.) — Colorant artificiel originaire du raisin, par CARLES. (*Ibid.*, 1er juin.)

Ferment. — Des gaz produits par la fermentation anaérobienne, par BORET. (*Ann. de microg.*, avril.) — Sur la fermentation du cidre, par KAYSER. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, n° 6.) — De l'influence de différentes levures de fruits sur le bouquet des boissons fermentées, et de la production d'un cidre d'orge, par JACQUEMIN. (*Journ. de Pharm.*, 1er juillet.) — Sur le mode d'action du ferment fibriné, par LEA et DICKINSON. (*Journ. of phys.*, XI, 4 et 5.) — Sur l'action des ferments dans les maladies, par CARTER. (*Liverpool med. chir. journ.*, n° 10.)

Fièvre. — La doctrine de la fièvre et les centres thermiques cérébraux; étude sur l'action des antipyrétiques, par MOSSO. (*Arch. ital. de biol.*, XIII, 3.) Considérations historiques sur l'origine de la fièvre jaune à Cuba, par DE TEJADA. (*Cron. med. quir. La Habana.*, p. 17.) — De la régulation de la chaleur et genèse de la fièvre, par WINTERNITZ. (*Deut. med. Zeit.*, 8 mai.) — Les fièvres continues du Sud, par JOHNSTON. (*Med. News.*, 14 juin.) — Fièvre gastrique infectieuse avec exanthème et douleurs rhumatoïdes, par MORITZ. (*St Petersb. med. Woch.*, 3 mai.)

Fistule. — Cas unique de fistule vésico-utéro-vaginale, par COE. (*Americ. journ. of med. sc.*, mai.) — Fistule inguinale gauche par carie du sacrum; perforation de l'iléon, par LÉON GAUTIER. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, 187, mars.)

Foie. — La fonction glycogénique du foie ; ses ralations avec l'alimentation, la fièvre et le diabète sucré, par GUSTAVE MAHÉ. (*New York med. record.*, p. 38, 11 janvier.) — Ictère catarrhal prolongé, par Mlle HERZENSTEIN. (*Thèse de Paris*, 17 mai.) — Une petite épidémie d'ictère infectieux, par DUCAMP. (*Rev. de méd.*, juin.) — Un cas de maladie de Weil, par SÉZARY. (*Rev. de méd.*, juin.) — Des hémorragies du tube digestif dans la terminaison de la cirrhose alcoolique, par FOUR. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De la cirrhose alcoolique hypertrophique, par DOUARRE. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — De la cirrhose alcoolique hypertrophique, par HANOT et GILBERT. (*Bull. méd.*, 25 mai.) — Sur un cas de cirrhose hypertrophique graisseuse, par LUZET. (*Arch. de méd. expér.*, n° 2.) — De la cirrhose biliaire ou hypertrophique, un cas avec atrophie, par CLARKE. (*Brit. med. journ.*, 3 mai.) — La cirrhose curable, par WILLEMIN. (*Thèse de Paris*, 14 mai.) — Abcès du foie, hépatotomie avec suture du foie à la paroi abdominale, guérison, par DEFONTAINE. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Un cas d'abcès du foie traité par les ponctions et le drainage, par RENVERS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 165, 24 février.) — Sur une complication peu commune des abcès du foie ouverts à l'extérieur, la carie des côtes avoisinant l'ouverture, par CHAUVEL. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Méthode rapide de traitement des abcès du foie, par HARLEY. (*Med. Press. and circular*, 30 avril.)— De la tuberculose du foie, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. heb. de méd.*, 12 juillet.) — Cancer du foie avec kyste, par CUONY. (*Revue méd. Suisse romand.*, X, 178, mars.) — Sur deux cas de cancer du foie, par DESCOINGS. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 29 ; 2e semestre 1889.)

Fracture. — Quelques cas de fractures compliquées, par CUCCA. (*Progresso*

med., 10 juin.) — Le traitement des fractures comminutives, analyse d'un millier de cas, par Dennis. (*Med. News*, 19 avril.) — Cas de fractures de côtes multiples, par Schwalbe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 329, 7 avril.) — Fracture simultanée des deux clavicules, par Owen. (*Lancet*, 5 juillet.) — Fracture simultanée des deux clavicules, par Page. (*Lancet*, 12 juillet.) — Fracture simultanée des deux clavicules, par Boger. (*Lancet*, 12 juillet.)— Trois cas de fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus, par Powers. (*N. York. acad. of med.*, 14 avril.) — De la suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrâne, par Gigon. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Fracture du col du grand os, par Moty. (*Gaz. des hôp.*, juin.) — Fracture du col du fémur, par Humphry. (*Lancet*, 2 août.)— Fracture du col du fémur, extra-capsulaire, fréquence, diagnostic, par Symonds. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Deux cas de fracture du fémur traités par la suture métallique, par Buchanan. (*Glasgow med. journ.*, octobre, p. 427, 1889.) — Fracture du col du fémur, par Minutilla. (*Sicilia medica*, n° 3, p. 176.) — Nouvelle méthode de traitement des fractures intra-capsulaires du fémur, par Freeman. (*Lancet*, 17 mai.) — Traitement des fractures du corps du fémur, par Steinmetz. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Traitement de la fracture de la rotule par une ligature de soie à travers le tendon du quadriceps et le ligament rotulien, par Stimson. (*N. York surg. soc.*, 26 février.) — Fracture ancienne de la rotule traitée par la suture, guérison, par W. Wile. (*Journal of amer. med. Assoc.*, 8 mars, p. 342.) — Fracture comminutive de la rotule avec arrachement du ligament rotulien, ablation de la rotule, guérison avec articulation mobile, par Altham. (*Brit.med. j.*, 24 mai.) — Du traitement des fractures de la rotule, par Schwartz. (*Rev. de clinique et de thérap.*, n° 24, p. 383.) — Résultats du traitement de la fracture de la rotule sans opération, par W. Bull. (*New York. med. record*, p. 313, 22 mai.) — Fracture comminutive de la rotule traitée par la suture, par Michel. (*Americ. journ. of med. sc.*, avril.) — Traitement des fractures de la rotule, par Soldani. (*Sperimentale*, mai.) — Du traitement des fractures transversales de la rotule par la boîte gouttière à suspension, suivi de la formation d'un cal osseux, complète chez 4 sujets, incomplète chez 2 autres, par Philippe. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 952.) — De l'épanchement sanguin comme cause de l'impotence du membre après les fractures de la rotule, par Tripier. (4e congrès de chir.; *Rev. de chir.*, 1889, p. 951.) — Fracture spontanée de la jambe chez un ataxique, par Bellamy. (*Lancet*, 14 juin.) — Méthode pour les appareils plâtrés, spécialement pour les fractures de jambe, par Foulerton. (*Lancet*, 28 juin.) — Les fractures des os du tarse, par Ballenghien. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.)

G

Gale. — De la gale, par Fournier. (*Union médicale*, 20 février.) — Comment on traite la gale à l'hôpital Saint-Pierre, par de Smith. (*La Clinique, Bruxelles*, 15 mai.)

Gangrène. — De l'antisepsie médicale à propos d'un cas de gangrène pulmonaire, par Martin. (*Arch. méd. belges*, janvier.) — Maladie de Raynaud, par Calwell. (*Brit. med. journ.*, 28 juin.) — Recherches sur la gangrène aiguë multiple de la peau, par Doutrelepont. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 3.) — De la gangrène gazeuse des membres, par Ballenghien. (In-8° 27 p., *Lille*.)

Gaz. — Durée comparative de la survie chez les grenouilles plongées dans différents gaz et dans le vide, par D'ARSONVAL. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Recherches physiologiques sur les produits de la combustion du gaz de l'éclairage, par GRÉHANT. (*Bull. acad. de méd.*, 29 avril.)

Génitaux (Org.). — Sur le développement des organes génitaux externes et de l'anus, par RETTERER. (*Soc. de biol.*, 24 mai.) — Séborrhée du gland, par MARROW. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 140, avril.) — Impuissance et stérilité masculine, par LEOP. CASPER. (*Munich.*) — Phimosis inflammatoire, par DU CASTEL. (*Gaz. des hôp.*, 24 juillet.) — Sur les malformations des organes génitaux de la femme, par FRANK. (*Zeit. f. Geburts.*, XVIII, 2.) — Anomalies des organes génitaux externes chez une femme de 21 ans, par D'HOFMANN DE VILLIERS. (*Arch. de tocol.*, mai.) — De l'hydrocèle de la femme, par WECHSELMANN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 3.) — Lipome de la grande lèvre chez une femme de 40 ans, par CARTER. (*Trans. obst. soc. London*, XXXII, 1.) — Un cas de cloaque embryonnaire chez une femme adulte, par G. SPINELLI. (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 4, p. 176.)

Genou. — Pathologie du genu valgum, ou genou cagneux, par HUMPHRY. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Présentation de pièces anatomiques relatives au genu valgum, par ROBIN. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 952.) — Le genu valgum, par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.*, 31 mai.)

Géographie médicale. — Influence de la constitution géologique d'un pays sur l'acclimatation des étrangers, par GERMAIN. (*Rev. des sc. nat.*, avril.) — Note concernant l'île de Zanzibar au point de vue médical, par MARSEILLE. (*Bull. acad. de méd.*, 22 avril.) — Contribution aux déviations physiologiques chez les Européens vivant sous les tropiques, par M. GLOGNER. (*Arch. f. pathol. Anat.*, XIX, 2.)

Glande. — De la maladie kystique essentielle des organes glandulaires ou angiome des appareils sécrétoires, par BARD et LEMOINE. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Goût. — Remarques sur la réponse de M. Bruns au sujet de l'innervation du goût, par F. ZIEHL. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXX, 1.) — Réponse à M. Ziehl, de Lubeck, au sujet de l'innervation gustative, par L. BRUNS. (*Ibid.*, CXIX, 1.)

Goutte. — Chimie de la goutte, par ROBERTS. (*Royal med. and chir. soc.*, 10 juin.)

Greffe. — Greffes de Thiersch, par DUNHAM. (*New York acad. of med.*, 14 avril.) — Greffes cutanées, par CHEYNE. (*Practitioner*, juin.) — Transplantation cutanée par la méthode de Thiersch, par HEYDENREICH. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 908.) — Résultats éloignés des greffes osseuses dans les pertes de substance osseuse étendues, par PONCET. (*Ibid.*, 1889, p. 910.) — Greffe cutanée dans un cas de symblépharon, bon résultat, par GASPARRINI. (*Ann. di ottalm.*, XIX, 1.) — Greffe de conjonctive et de cornée du chien dans un cas de symblépharon, avec adhérence immédiate et atrophie consécutive, par GASPARRINI. (*Atti. d. r. accad. di fisiol. Siena*, IV, vol. 1.)

Grippe. — L'épidémie de grippe. Discussion à la Société médicale de Genève. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, 180, mars.) — L'épidémie de grippe dans le canton de Zurich, par HERMANN et EICHHORST, et discussion à la Société des médecins à Zurich. (*Corres. Blatt. f. schw. Aerzt.*, n° 5, 1 mars.) — La grippe à Ottawa, intermittence et périodicité de quelques accidents de la

convalescence, par PRÉVOST. (*Union méd. du Canada*, mai.)—Rapport sur la grippe et notes sur les cas traités à Station hospital, Arbour Hill, par FOX. (*Dublin journ. of med. sc.*, juillet.) — De la grippe, par ESPINA Y CAPO. (*Rev. clin. de los hosp:*, p. 49.) — La dernière épidémie de grippe à l'hôpital maritime de Brest, par VERGUES. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — La grippe au dispensaire de New-York, par RAMON GUITERAS. (*New York med. Record*, p. 10, 4 janv.) — De la grippe, par RAMON GUITERAS. (*Ibid.*, p. 93, 25 janvier.) — Circulaire ministérielle aux présidents des commissions médicales provinciales de Belgique, relative à une enquête sur la grippe. (*Mouvement hygiénique*, VI, 61, février.) — Mode d'apparition de la grippe à Arosa, par EGGER. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzt.*, n° 4, p. 131, 15 février.) — Marche de l'épidémie de grippe à l'asile d'aliénés de Zurich, démontrant sa nature contagieuse, par FOREL. (*Corresp. .Blatt. f. schw. Aerzt.*, n° 8, p. 92, 1er février.) — L'épidémie de grippe et les écoles publiques primaires, par THRESH. (*Lancet*, 7 juin.) — L'épidémie de grippe à l'asile d'aliénés de Broadmoor, par NOOTT. (*Lancet*, 7 juin.) — De l'épidémie de grippe à Kecskemet, par CSABUI. (*Orvosi hetilap*, n° 16.) — Souvenirs des épidémies de grippe de 1837 et 1847, par RENAUD. (*Med. chron.*, XII, 2.) — La grippe dans le 1er corps d'armée, par ARNOULD. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Observation sur notre épidémie de grippe, par KLAMANN. (*Alleg. med. cent. Zeit.*, 7 mai.) — L'épidémie de grippe parmi les Indiens Sioux, par TREON. (*Cincinnati Lancet clinic.*, n° 24, p. 160.) — De la grippe, par PRIBRAM. (*Prager med. Woch.*, n° 11.) — De l'épidémie de grippe, par HEITLER (*Wiener klin. Woch.*, n° 11.) — Études sur la grippe, par KRUSE, PANSINI et PASQUALE. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 21.)—Étiologie de l'influenza, par CH. DOWD. (*New York med. Record*, p. 345, 29 mars.) — Notes cliniques sur l'influenza, par SALOMONE MARINO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 2.) — Identité de la dengue et de la grippe-influenza, par ROUVIER. (In-8° 48 p., *Paris.*) — Essai de parallèle entre la grippe et la dengue, contribution à la récente épidémie d'influenza, par LENOIR. (*Thèse de Bordeaux*, 20 juin.) — Comparaison entre la fièvre dengue et l'influenza, par SANDWITH. (*Lancet*, 5 juillet.) — Observations montrant que la grippe n'est qu'une forme rudimentaire ou larvée de pneumonie, par ADOLF KUHN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 338, 14 avril.) — De la grippe et de son mode de transmission, par POTEL. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — La contagiosité de la grippe, par FIESSINGER. (*Rev. de clinique et de thérap.*, n° 25, p. 395.) — Sur la contagiosité de la grippe, par J. SEITZ. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzt.*, n° 4, p. 133, 15 février.) — De la contagiosité de la grippe, par KIRN. (*Aerzt. Mitth. aus Baden*, n° 7.) — L'influenza et ses rapports supposés avec la fièvre dengue, par DOMENICHETTI. (*Sanit. Record*, fév.) — Sur l'épidémie de grippe au régiment de hussards Guillaume, par STHELLER. (*Deut. milit. Zeit.*, n° 3.) — L'influenza est-elle une maladie contagieuse ou miasmatique? par RUTEN. (*Kozesgeszeg. Szelum*, avril.) — Encore le microbe de la grippe, par PASSERINI. (*Gaz. d'ospit.*, n° 33.) — Recherches bactériologiques sur l'influenza, par BEIN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 6.) — Sur le parasitisme de l'influenza, par ARLOING. (*Lyon méd.*, 23 fév.) — Examen du sang dans l'influenza, par A. PRANDI. (*Riforma medica*, 29 mars.) — Suites et complications de l'influenza, par DRAPER. (*New York med. Record*, p. 239, 1er mars.) — Les complications et les suites de l'influenza, par KINNICUTT. (*New York med. Record*, p. 209, 22 février.) — Des complications de la grippe, par DUPIN, (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'immunité relative et de la bénignité de la grippe épidémique dans le jeune âge, par DAUCHEZ. (*Rev. mal. de l'ent.*, juillet.) — De la grippe ou influenza chez les enfants du premier âge, par SEJOURNET. (*Union médicale Nord-Est*, n° 3, p. 93.) — Influenza chez les nouveau-nés, par STRASSMANN. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 1.) — La grippe actuelle chez les en-

Mme Boyer. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — L'aristol en gynécologie, par Swiecicki. (*Œst. Ung. Cent. f. med. Wiss.*, n° 2.)

H

Helminthes. — Contributions à l'helminthologie, par A. Guillebeau. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXIX, 1.) — Histoire clinique de 22 cas de filaire du sang observés à Charleston de 1886 à 1890, par de Saussure. (*Med. News*, 28 juin.) — Sur deux mémoires rélatifs aux accidents de la filaire, par Maurel et Pedro S. de Magalhaes. (*Bull. acad. de méd.*, 29 avril.) — Sur le trichomonas intestinalis, par Buscalioni et Demateis. (*Giornal accad. di medic. Torino*, janvier-février.) — Sur l'anchylostomiase dans la province de Parme, et sur un diptère parasite de l'intestin humain, par Canali et Riva. (*Giorn. accad. di medic. Torino*, novembre-décembre 1889.) — L'ankylostomiase au point de vue de la police sanitaire, par Schlegtendal. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LII, 119, janvier.)— Note sur la migration des distomes, par Braun. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 18.)

Hématome. — Hématocèle pelvienne intra-péritonéale, par Pozzi. (*Bull. méd.*, 20 juillet.) — Hématome du pli du coude, par Ferron. (*Soc. d'anat. Bordeaux*, 19 mai.)

Hémoglobinurie.— Expériences relatives à la transmissibilité de l'hémoglobinurie aux animaux, par Babes. (*Acad. des sc.*, 5 mai.) — Les hémoglobinuries, par Chéron. (*Gaz. des hôp.*, 10 mai.)

Hémorragie. — Hémorragie mortelle de la saphène interne, par Capes. (*Brit. med. journ.*, 12 juillet.) — Diagnostic et traitement de la métrorragie, par Edis. (*Brit. med. journ.*, 7 juin.) — Des hémorragies utérines et de leur traitement, par Terrillon. (*Bull. gén. de thér.*, 30 juillet.) — Traitement des hémorragies puerpérales, par P. Hurd. (*Therap. gaz.*, avril.) — Traitement des hémorragies de la délivrance, par Kustner. (*Deutsch. med. Woch*, n° 1, p. 5.) — Hémorragie utérine après la ménopause ne dépendant pas de tumeurs malignes, par Handfield Jones. (*Lancet*, 2 août.)

Hémorroïde.—Traitement des hémorroïdes, par Agnew. (*Pacific med. journ.*, février.) — Traitement des hémorroïdes par l'excision, par H. Marcy. (*Journ. of amer. med. assoc.*, 10 mai.) — Des hémorroïdes; leur diagnostic et leur traitement, par Edw. Clark. (*Buffalo med., journ.*, février, p. 406.)

Hérédité. — L'hérédité des lésions traumatiques et des caractères acquis de l'individu, par Mantegazza. (*Arch. per l'antrop.*, XIX, p. 3.) — Récents travaux sur l'hérédité, par Arréat. (*Rev. philos. de la France*, XV, p. 4.)

Hernie. — Sur le bacille de l'infection herniaire, par Clado. (4e *congr. de chir.; Rev. de chir.*, 1889, p. 927.) — Hernie diaphragmatique, par Turner. (*Lancet*, 14 juin.) — Sur une hernie basilaire dans la région de la lame criblée, par Ed. von Meyer. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXX, p. 2.) — De la hernie graisseuse de la région inguinale, par Kenneth Douglas. (*Edinburg med. journ.*, avril, p. 918.) — Hernie inguinale droite réductible, avec ectopie testiculaire, chez un sujet de 23 ans; cure radicale; guérison, par A. d'Ambrosio. (*Riforma medica*, 26 mars.) — Du traitement des hernies inguinales congénitales par l'opération de la cure radicale, par

P. Berger. (*La Méd. moderne*, 10 avril 1890.)— Du traitement des hernies inguinales, par Bassini. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, p. 2.)— Un cas de collapsus avec paralysie intestinale dans une hernie inguinale étranglée, par Tries. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXX, p. 6.) — Cure radicale de la hernie inguinale et fémorale, par J. Deaver. (*Journ. of amer. med. assoc*, 3 mai, p. 629.) — Hernie inguinale congénitale de l'utérus, de la trompe gauche et de l'ovaire, par Krug. (*Americ. journ. of obst.*, juin.)— Double hernie inguinale congénitale avec sac herniaire et tunique péritonéo vaginale séparés, par E. Kummer. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, p. 175, mars.) — Hernie crurale étranglée après l'accouchement, opération, guérison, par Kidd. (*Lancet*, 21 juin.) — Hernie crurale étranglée, gangrène de l'intestin, épanchement fécal dans le péritoine, kélotomie, laparotomie, lavage du péritoine. Mort de pneumonie, pas de péritonite, par Clarke. (*Lancet*, 7 juin.) — Signification du symptôme complexe de Howship-Romberg dans la hernie obsturatrice étranglée, par Krönlein. (*Beit. z. klin. Chir.*, VI, p. 1.) — Hernie ventrale étranglée chez une femme de 90 ans, par Dudley. (*N. York obst. soc.*, 4 février.) — Enorme hernie ventricale, par Morgan. (*Lancet*, 10 mai.) — Hernie ombilicale avec malformation du foie, par Colla. (*Cent. f. Gynaek.*, 24 mai.) — Déchirure spontanée d'une hernie ombilicale avec protrusion et étranglement de l'intestin, par Pilkington. (*Lancet*, 10 mai.) — De la cure radicale des grosses hernies ombilicales non étranglées, par Saenger. (*Cent. f. Gynaek.*, 5 juillet.) — Des hernies étranglées (300 cas) traitées à l'hôpital Frédéric de 1865 à 1887, par Lange. (*Hosp. Tidende*, VI, p. 107.) — Traitement des hernies gangrenées, par Poulsen. (*Ibid.*) — De la hernie étranglée, par Neath. (*Lancet*, 24 mai.) — Traitement de la hernie étranglée, par Walker. (*Lancet*, 5 juillet.) — Traitement de la gangrène intestinale dans les hernies étranglées, par F. Caird. (*Edinburgh med. journ.*, mars, p. 826.)—Deux cas de hernie étranglée opérée et pansement avec les cyanures de zinc et de mercure, par Lockwood. (*Brit. med. journ.*, 31 mai.) — Contribution à la thérapeutique des hernies gangrenées, par T. Secchi. (*Riforma medica*, 5 novembre 1889.) — Hernie étranglée, par Desprès. (*Gaz. des hôp.*, 15 juillet.)—Glace dans la hernie étranglée, par Wilkinson. (*Lancet*, 2 août). — De la cure radicale des hernies de Macewen, par Lauenstein. (*Arch. klin. Chir.*, X, p. 3.) — De la cure radicale des hernies à la clinique de Billroth, 1877-89, par Haidenthaller. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, p. 3.)—De la cure radicale des hernies, par E. von Donhoff. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 8 mars, p. 354.) — Opération radicale de hernie, d'après Macewen, par Lauenstein. (*Deutsche med. Woch.*, n° 2, p. 25.)—Indications de la cure radicale des hernies, par Dezanneau. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, p. 41, 2e semestre 1889.) — Cure radicale des hernies; modification du procédé de Macewen, par Bishop. (*Lancet*, 31 mai.)— Cure radicale de hernie, par Zancarol. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 147.) — De la cure radicale des hernies, par Kingscote. (*Brit. med. journ.*, 28 juin.)

Histologie. — Manuel d'histologie pratique, par Stirling. (In-8°, *Londres.*) — Quelques méthodes histologiques nouvelles et récentes, par Stirling. (*Journ. of anat.*, juillet.)

Hôpital. — Un hôpital d'enfants à Moscou, par Aubry. (*Rev. d'hyg. thérap.*, mai.) — Réfutation du travail d'Aufrecht sur le meilleur système de construction pour les hôpitaux généraux, par Paul Guttmann et H. Merke. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 98, 3 février.)

Hydatide. — La distribution géographique de la maladie hydatique, par

THOMAS. (*Trans. of 2e sess. of med. cong. Australasia*, p. 328, 1889.) — Kyste hydatique du cerveau, par RATCLIFFE. (*Birmingham and midland branch. of Brit. assoc.*, 25 avril.) — Des kystes hydatiques de la portion antéro-supérieure du foie, par Mlle DILLON. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Sur les kystes hydatiques en général et ceux du foie en particulier, par PIAZZA MARTINI. (In-8°, *Palerme*.) — Traitement des kystes hydatiques du foie par les lavages au sublimé, par MESNARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 janvier.) — Du traitement des kystes hydatiques du foie, méthode éclectique, par MINJARD. (*Thèse de Lyon*, n° 525.) — Kyste hydatique de la rate, par TACHARD. (*Bull. soc. de chir.*, XV, p. 612.) — Hydatides de l'abdomen, drainage à travers la vessie, par COLBY. (*St Barth. hosp. rep.*, XXV, p. 261.) — Rétention d'urine par un kyste hydatique du bassin, par FAIRBANK. (*London clin. soc.*, 23 mai.) — Des kystes hydatiques de la vessie, par LEGRAND. (*Thèse de Paris*, 12 juin.)

Hydroa.—Hydroa buccal pseudo-syphilitique, par BAUDOUIN. (*Soc. de dermat.*, 8 mai.)

Hydropisie. — La pathologie de l'hydropisie, par TIRARD. (*Lancet*, 31 mai.)

Hygiène. — Considérations sur les recherches bactériologiques et leurs applications à l'hygiène, par A. DELCOURT. (*Le Mouvement hygiénique*, V, p. 386 et 425, et VI, p. 12 et 91.) — Dictionnaire d'hygiène publique et privée, par O. DAMMER. (*Stuttgart.*) — Devoirs prophylactiques du médecin en présence d'une maladie contagieuse, par MAURICE LETULLE. (*Rev. d'hyg.*, XII, p. 223, mars.)—Hygiène du travail intellectuel, par OTTO DORNBLUTH. (*Berlin.*) — Hygiène de la lune de miel, par CARL VON GELSEN. (*Berlin.*) Hygiène de la chasteté, par TH. G. KORNIG. (*Berlin.*) — De la déclaration des maladies transmissibles et des services de désinfection à Lyon et dans le département du Rhône, par BARD. (*Rev. sanit. de la prov.*, n° 154.) — Note sur le travail de nuit des femmes employées dans l'industrie, par H. NAPIAS, et note de la Société de médecine publique en réclamant l'interdiction. (*Rev. d'hyg.*, XII, p. 248 et 274, mars.) — L'assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire, par NAPIAS. (In-8°, *Paris.*) — Note sur l'assistance publique dans les campagnes, par DUCHÉ. (Broch., *Auxerre.*) — Régime des établissements d'enseignement secondaire. Améliorations introduites par le conseil supérieur de l'instruction publique, par P. BROUARDEL. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIII, p. 114, février.) — L'éducation physique, par CADET DE GASSICOURT. (*Rev. scientif.*, 19 avril.) — Les institutions sanitaires anglaises, leur développement, leurs rapports politiques et sociaux, par JOHN SIMON. (*Londres.*) — L'école de Munich et l'école de Berlin. (*Ann. inst. Pasteur*, IV, n° 5.) — Les chances d'infection pendant la période scolaire, ses rapports avec la disposition sanitaire des écoles, par SHELLY. (*Practitioner*, juin.) — De la déclaration des maladies contagieuses aiguës et de l'attestation des causes des décès, par SCHMID. (*Consp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, n° 3, p. 82, 1er février.)—Le rôle de l'architecte dans l'hygiène des maisons et des villes, par E. TRÉLAT. (*Rev. scientif.*, 7 juin.) — Les poussières des maisons et des rues dans leurs rapports avec les maladies, par PERRONCITO. (*Riv. clin. e terap.*, mai.) — Sur l'action désinfectante du blanchiment des murs au lait de chaux, par DE GIAXA. (*Ann. de microg.*, avril.) — Des microorganismes pathogènes des chiffons, par ROTH. (*Zeit. f. Hyg.*, VIII, p. 2.) — Recherches sur la désinfection pratique des matières usées (fosses d'aisances, eaux d'égouts, excréments, etc.), par SIGISMOND VON GERLOISY. (*Deut. Viert. f. œff. Gesund*, XXI, et *Rev. d'hyg.*, XII, p. 128, février.) — Sur les actions

chimiques et microbiennes qui se produisent dans le sol, revue, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, avril.) — La commune de Fort Mardich, par Lancry. (*Thèse de Paris*, 26 juill.) — L'insalubrité des impasses, par Th. Belval. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, p. 86.) — Circulaire de la municipalité de Brünn aux propriétaires de fabriques (20 févr. 1889), relative aux mesures destinées à protéger les ouvriers contre la tuberculose, l'ophtalmie granuleuse et la variole. (*Mouvement hygiénique*, VI, p. 63, févr.) — Sur un mode de contamination du pain par le mucor stolonifer, par Rœser. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — De l'emploi de la saccharine dans le traitement des vins. Avis du laboratoire de chimie appliquée à Vienne. (*Mouvement hygiénique*, VI, p. 70, févr.) — Méthode d'analyse de bières adoptées par la société suisse de chimie analytique. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, p. 77, février.) — Sur le dosage de l'acidité des farines, par Wagner. (*Arch. de méd. mil.*, juillet.) — L'usage du lait des animaux atteints de la fièvre aptheuse est un des modes de transmission de cette maladie à l'espèce humaine, par Labat. (*Rev. méd. Toulouse*, 1 février.) — Sur la congélation de la viande par les liquides froids, par Schlœsing. (*Acad. des sc.*, 15 juillet.) Observations sur la recherche des graisses étrangères dans le beurre, par Jorissen et Henrard. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, p. 114, mars.) — Arrêté royal belge du 14 mars 1890 réglementant les clos d'équarissage. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, p. 123, mars-avril.) — Fatigue et prédisposition, par A. Herzen. (*Revue médic. Suisse romande*, X, p. 150, mars.) — L'incinération des ordures ménagères, par Laberge. (*Journ. d'hyg.*, 8 mai.)

Hygroma. — Du développement de l'hygroma sous-cutané, par Schuchardt. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, p. 3.) — Des hygromas tuberculeux, par Martin. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Hygroma chronique du genou guéri par la ponction, suivie d'injection de liqueur de Van-Swieten, par Mossy. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 15 juin.)

Hypnotisme. — Sur la nature des phénomènes somatiques dans l'hypnotisme, par Tamburini. (*Riv. spei. di freniat.*, XVI, 1 et 2.) — Sur les phénomènes circulatoires et respiratoires dans l'hypnotisme, par Tamburini. (*Ibid.*) — L'hypnotisme sous le rapport médico-légal, par A. Schmitz. (*Viertel. f. gerichtl. Med.* LII, p. 97, janvier.) — Hypnotisme ou psycho-thérapeutique, par W. Felkin. (*Edinburgh med. journ.*, mai.) — La suggestion hypnotique au point de vue thérapeutique. (*Revue critique des doctrines de Nancy et de la Salpêtrière*), par Humphy Rolleston. (*St Barth. hosp. rep.*, XXV, p. 115.) — Sur la psychologie de l'hypnose (auto-observation), par E. Bleuhr. (*Münch. med. Woch.*, n° 5.) — Rôle de la suggestion dans le développement du goût et de l'odorat, par Laurent. (*Rev. de l'hypnot.*, 1er juin.) — La nutrition dans l'hypnotisme, par Gilles de la Tournette et Cathelineau. (*Progrès médical*, 26 avril.) — Présentation d'un sujet fascinable, par Luys. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 avril.) — Un cas d'anesthésie hypnotique pour une opération chirurgicale, par R. Frœlich. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 6, p. 182.) — Tic douloureux de la face chez un jeune homme guéri par l'hypnotisme, par Gremaud. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, p. 178, mars.) — De la suggestion hypnotique dans la morphinomanie, par M. Bloch. (*Rev. de clin. et de thérap.*, n° 20, p. 319.) Etudes sur l'hypnotisme chez les aliénés, par E. Mirabella. (*Sicilia medica*, n° 3, p. 156.) — La suggestion pendant l'hypnotisme chez l'aliéné, par Goodall. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Brûlure du 2e degré provoquée par suggestion, par Rybalkin. (*Rev. de l'hypnot.*, 1er juin.)

Hystérie. — La fatigue et l'hystérie expérimentale, théorie physiologique de

l'hystérie, par Féré. (*Soc. de biol.*, 24 mai.)— De l'hystérie mâle dans un service hospitalier (hôpital Broussais, 1889), par Souques. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — L'hystérie mâle dans le service de Pitres à l'hôpital Saint-André, par Bitot. (*Thèse de Bordeaux*, 23 juin.) — Modalités de la grande hystérie ou hystéro-épilepsie, par G. Rummo. (*Riforma medica*, 23 novembre 1889.) — La nutrition dans l'hystérie, par Gilles de la Tourette et Cathelineau. (*Progrès médical*, 22 février.)— De l'hystérie alcoolique, par Salmeron. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Tremblement hystérique à forme de sclérose en plaques, par Rendu. (*Gaz. des hôp.*, 13 mai.)—Hystérie et impaludisme (tremblement), par Regnault. (*Marseille méd.*, n° 5, p. 337.) — Présentation d'un malade atteint de tremblement hystérique, par Duponchel. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 avril.) —Tremblement hystérique, par Scalese. (*Rivista clinica e terap.*, n° 3, p. 113.) — Hystérie majeure chez une fille de 9 ans, par Mariani. (*Arch. ital. d. mal. nerv.*, XXVII, p. 3 et 4.) — Recherches sur l'hystérie et l'hypnotisme, par Morarsik. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 janvier.) — Simulation de l'hystérie par les maladies organiques du système nerveux, par Buzzard. (*Brain*, n° 49.) — Œdème bleu des hystériques reproduit expérimentalement par la suggestion hypnotique, par Charcot. (*Rev. de l'hypnot.*, 1er juin.) — Le champ visuel des hystériques à l'état de veille et à l'état hypnotique, par Morarsik. (*Neurol. cent.*, 15 avril.) — Deux cas d'automatisme ambulatoire d'origine alcoolique et hystérique, par Colin. (*Gaz. des hôp.*, 29 juillet.) — Des fugues inconscientes hystériques ; diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie, par Saint-Aubin. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Du bégayement hystérique, par Ballet et Tissier. (*Arch. de neurol.*, juillet.) Un cas de mutisme hystérique, par Charazac. (*Rev. méd. Toulouse*, 1er avril, et *Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Sur un cas d'hytéro-traumatisme, par Charcot. (*Progrès médical*, 19 avril.) — Contractures hystériques ou simulation, par Tardos. (*Soc. anat. Bordeaux*, 2 juin.) — Frénésie hystérique, guérie par la laparotomie, par Brocca. (6e *cong. freniat. ital.*, septembre 1889.) — Hystérisme et ovariotomie, par Grazianetti. (*Ibid.*) — De la suggestion comme moyen de couper une attaque d'hystérie, par Bernheim. (*Bull. méd.*, 21 mai.)

I

Icthyose. — Icthyose linéaire névropathique, par Peterson. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — *Idem*, par Cutter. (*Ibid.*, avril.)

Idiotie. — De l'état mental chez les enfants dégénérés, par Reyes. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Observation sur le cerveau d'une idiote, par Mingazzini. (*Arch. d. psichiat.*, XI, 1.)

Impétigo. — De la nature de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux, par Dubreuilh. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 4.) — Un cas de néphrite dans l'impétigo contagiosa, par Muller. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 1 et 2.) — Traitement d'un impetigo rebelle des lèvres par les scarifications linéaires, par Hallopeau. (*Soc. de Dermat.*, 12 juin.) — Traitement de l'impétigo, par Descroizilles. (*Gaz. méd. Paris*, 28 juin.)

Inanition. — Physiologie du jeûne, par Luciani. (*Arch. ital. de biol.*, XIII. 2.)

Inflammation. — Expériences sur le foyer et l'auréole inflammatoires, par

SAMUEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 236, 10 mars.) — Sur l'inflammation, par CHARRIN et GAMALEIA. (*Soc. de biol.*, 5 juillet.)

Infection. — De quelques substances chimiques qui favorisent l'infection, par ROGER. (*Soc. de biol.*, 31 mai.) — Les maladies infectieuses spécifiques et non spécifiques, par BOUCHARD. (*Union médicale*, 17 avril.) — Maladies infectieuses des paramécies, par W. HAFKINE. (*Ann. Inst. Pasteur*, avril.)

Injection. — Des accidents déterminés par les injections hypodermiques et principalement les injections mercurielles, par DANIEL. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Des injections hypodermiques de quinine, par DE BEURMANN et VILLEJEAN. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juillet.) — Des injections hypodermiques de quinine, par KOBNER. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.) — Un effet spécial des injections de cocaïne, par STICKLER. (*New York med. record*, p. 238, 1er mars.)

Intestin. — Sur la présence de vaisseaux dans l'épithélium intestinal, chez le protoptère, par LAGUESSE. (*Soc. de biol.*, 24 mai.) — Sur l'excitation de l'intestin par l'électricité, par C. LUDERITZ. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXIX, 1.) — Considérations sur les troubles fonctionnels de l'appareil neuro-musculaire gastro-intestinal, par MALIBRAN. (*Union médicale*, 4 mars.) — De la résorption des substances granuleuses dans les parois des follicules intestinaux, par WASSILIEFF-KLEIMANN. (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm.*, XXVII, 3.) — Constipation, nature et traitement, par DODGE. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — De la constipation et de son traitement par le Cascara Sagrada, par MONNIER. (*Marseille méd.* n° 5, p. 323.) — De la colite chronique sèche, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 18, p. 273.) — Une forme de rétrécissement cancéreux de l'iléon, par CHIARI. (*Prager med. Woch.*, n° 3.) — Cancer colloïde de l'intestin et de la rate, par LEFÈVRE. (*Bull. soc. anat.*, 7 mars, p. 143.) — Cancer du gros intestin. Opération de Kraske avec suture primitive circulaire, par ZALOZIECKI. (*Wiener med. Blätter*, n° 19.) — L'appareil à dégagement d'hydrogène de Senn pour l'insufflation de l'intestin, par BARDELEBEN JEUNE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 329, 7 avril.) — Rupture du duodénum, par YARR. (*Brit. med. journ.*, 17 mai.) — Le traitement des lésions dans et autour de la tête du côlon, par HOFFMANN. (*Buffalo med. journ.*, janvier.) — Inflammation de l'appendice et du cæcum, conduite à tenir, par BRIDGE. (*Med. News*, 24 mai.) — Laparotomie pour inflammation de l'appendice iléo-cæcal; guérison, par L. RAMSAY. (*Journal of amer. med. assoc.*, 8 mars, p. 344.) — L'extirpation de l'appendice vermiculaire dans les intervalles d'attaques d'appendiculite, par DENNIS. (*Med. News.*, 28 juin.) — Ablation de l'appendice vermiforme pour des attaques répétées d'inflammation, par CLARKE et SMITH. (*Lancet*, 3 mai.) — Pathologie et traitement de la périty phlite, par SCHUCHARDT. (*Arch. f. klin. chir.*, XL, 3.) — Traitement radical de la périty phlite avec résection précoce de l'appendice vermiforme, par KUMMELL. (*Ibid.*) — Rétrécissements multiples tuberculeux du côlon, par ROLLESTON. (*Pathol. soc. of. London*, 20 mai.) — Tuberculose localisée de l'intestin, entérorraphie, guérison, par FRANK. (*Prager med. Woch.*, 4 juin.) — Deux cas de gastro-entérostomie pour cancer pylorique, par JESSETT. (*Lancet*, 12 juillet.) — De l'entérostomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans les laparotomies pratiquées pour occlusion intestinale, par J. BŒCKEL. (*Bull. acad. de méd.*, 13 mai.) — Des procédés de suture intestinale, par REICHEL. (*Sitz. d. phys. med. Ges. Würzburg.*, n° 2, p. 23.) — Sur la valeur de la suture intestinale de Senn et la formation d'anastomose intestinale, par REICHEL. (*Münchener med. Woch.*, 18 mars, p. 195.)

Iris. — Iritis cataméniale, par TROUSSEAU. (*Soc. d'ophtalm.*, 3 juin, et *Arch. de tocol.*, juin.) — La mydriase dite essentielle, par DE LAPERSONNE. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — L'iridectomie dans la tuberculose de l'iris, par TERSON. (*Ibid.*)

K

Kyste. — Etude microbiologique de dix kystes congénitaux, par LANNELONGUE et ACHARD. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 5.) — Contribution à la localisation des kystes dermoïdes, par WEIL. (*Wiener med. Blätter*, n° 11.) — Kyste dermoïde de la région occipito-mastoïdienne, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 10 juin.) — Kyste multiloculaire du cou, par BUFFET. (4° congrès de chir., *Rev. de chir.*, 1889, p. 922.) — Contribution à l'étude de l'histologie et de la pathogénie des kystes sanguins du cou, par C. BAYER. (*Zeitschrift für Heilkunde*, XI, n° 1, p. 1.) — Traitement du goitre kystique de la grenouillette et autres kystes avec l'acide chromique, par WOAKES. (*Lancet*, 21 juin.) — Kyste laiteux, par MARCELIN. (*Marseille méd.*, n° 5, p. 329.) — Kystes rétropéritonéaux des organes génitaux féminins, par EMMET. (*Americ. journ. of obst.*, juillet.) — Kyste rénal volumineux, extirpation, guérison, par A. KASCHKAROFF. (*Centr. für Gyn.*, 26 avril.) — Kyste volumineux du mésentère, par A. RASCH. (*Transact. of the obst. soc.*, XXXI, part. IV.)

L

Lacrymal (App.). — Kysto-adénome sous-cutané juxtaposé au sac lacrymal, par CIRINCIONE. (*Assoc. dei med. e natur di Napoli*, 27 mars.) — Traitement de la fistule lacrymale, par VENNEMAN. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Valeur de l'élongation des points lacrymaux, par GILLET DE GRANDMONT. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.)

Lait. — Des bactéries normales et anormales du lait, par ADAMETZ. (*Œsterreich. Monats. f. Thierh.*, XV, n° 2.) — Le lait, par DUCLAUX. (*Rev. scientif.*, 10 mai.) — Etude chimique du lait de vache naturel. Constitution des laits de l'arrondissement de Rochefort-sur-Mer, par ROUX. (*Thèse de Bordeaux.*) — Méthode simple pour doser l'acidité du lait, par THOMSON. (*Pharmaceutical journ.*, mars.) — Sur le labferment de la digestion du lait, par ARTHUR et PAGÈS. (*Arch. de Phys.*, n° 3.) — Appareil de Staedler pour stériliser le lait, par BURNIER. (*Revue méd. Suisse romand.*, X, 179, mars.) — Le lait comme aliment et comme poison, par SCHMIDT-MULHEIM. (*Cent. f. allg. Gesumdh.*, n° 4.) — Sur le lait bleu, par HEIM. (*Arbeit. aus dem. kais. Gesundh.*, V, p. 518.) — Expériences sur la pasteurisation du lait, par BITTER. (*Zeit. f. Hyg.*, VIII, 2.) — Mécanisme de l'action des substances employées habituellement pour la conservation du lait, par LAZARUS. (*Zeit. f. Hyg.*, VIII, 2.) — De la stérilisation du lait, par STRUB. (*Cent. f. Bakter.*, VII, 21.)

Langue. — Maladies de la langue, par MAUREL. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 20 avril.) — De l'étiologie et de la pathogénie de la langue noire pileuse, par WALLERAND. (*Thèse de Paris*, 26 juin.) — Abcès aigu de la langue, par WILLETT et COLBY. (*St Barth. hosp. Rep.*, XXV, p. 257.) — Deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, dans un cas si-

gnes de dyspnée grave, par BOYLAN. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 12 juillet.) — Lipome de la langue, par KRAUMICK. (*Inaug. Dis. Berlin.*, 1889.) — Deux cas d'affections rares de la langue, urticaire, tumeur hémorragique, par BOCK. (*La clinique*, 1er mai.) — Le stade précancéreux du cancer de la langue, par JACOBSON. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Les avantages du procécé de Langenbeck pour l'extirpation des tumeurs de la langue et de l'arrière-bouche, par CRESPI et BASTIANELLI. (*Rome.*)

Laparotomie. — Les résultats des laparotomies aseptiques, par FRITSCH. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 juillet.) — Quelques points de la technique des laparotomies, par HOLLIDAY CROOM. (*Edinburgh med. journ.*, mai, p. 1012.) — Relation de cinq laparotomies, par A. TURRETTA. (*Sicilia medica.*, n° 3, p. 204.) — De l'incision exploratrice dans la chirurgie abdominale, par MCPHATTER. (*New York med. record.*, p. 326, 1er mars.) — Les indications de la laparotomie, par LAWSON TAIT. (*Ibid.*, p. 485, 3 mai.)

Larynx. — De l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles aux Etats-Unis et au Canada, par BARATOUX. (*Rev. de laryngol.*, mai.) — La laryngologie et l'otologie, leurs rapports, par ROE. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 28 juin.) — Qu'appelons-nous corde vocale vraie? par HEYMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 68.) — Physiologie de la glotte, par LIVON. (*Cong. des soc. sav.; Bull. méd.*, 1er juin.) — Action des nerfs récurrents sur la glotte, par LIVON. (*Arch. de Phys.*, n° 3.) — A propos du centre cortical moteur du larynx, par SEMON et HORSLEY. (*Ann. mal. de l'oreille*, juin.) — De l'emploi des voyelles dans l'étude du chant, par NUVOLI. (*La Voix*, juin.) — Laryngoscopie et rhinoscopie, diagnostic, traitement, par FLATAU. (In-8°, 110 p., *Berlin.*) — De la toux et des troubles respiratoires comme éléments de diagnostic des affections des voies aériennes supérieures, par D. NEWMAN. (*Glasgow med. journ.*, p. 321, mai. Enrouement chez les chanteurs (de profession), son traitement, par SAJOUS. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 3 mai.) — Influence de la grossesse sur certaines formes de laryngite sèche, par BOTTEY. (*Arch. internal. de laringol.*, I, n° 1.) — Relation des affections laryngées avec la menstruation, par BAYER. (*Soc. d'otol. belge; Ann. mal. de l'or.*, juin.) — L'œdème aigu de la glotte par l'administration de l'iodure de potassium, 9 cas, par GREENOUW. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Œdème aigu du larynx par refroidissement, trachéotomie, guérison, par OULMONT. (*Méd. moderne*, 12 juin.) — Trachéotomie pour œdème laryngé au cours des oreillons, par PILATTE. (*Marseille méd.*, mai, p. 331.) — Des abcès du larynx, par RICHARDS. (*Americ. journ. of med. sc.*, mai.) — De l'érysipèle laryngé primitif, par ZIEGLER. (*Rassegna crit. int. mal. del naso*, III, 1.) — Occlusion aiguë du larynx dans la convalescence d'une bronchopneumonie, par BEALE. (*Brit. med. journ.*, 26 avril.) — Phtisie laryngée, par TREVELYAN. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 7 mai.) — Manifestations tertiaires syphilitiques du larynx simulant une phtisie laryngée à la deuxième période, par PEYRISSAC. (*Ann. de la polycl. Bordeaux*, janvier.) — Les affections laryngées chez les phtisiques, par BEALE. (*Birmingham med. review*, avril.) — Contribution à l'étude des lésions combinées de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par LUC. (*Arch. de laryng.*, III, n° 1.) — Traitement de la tuberculose laryngée par la créoline et le naphtol-B., par FAVITZKY. (*Med. Obosrenie*, n° 19; 1889.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée par le menthol, par OSSENDOWSKY. (*Vratch*, n° 3.) — Electrolyse endolaryngée dans la tuberculose du larynx, par MERMOD. (*Revue médic. Suisse romande.*, X, 153, mars.) — A propos d'un cas de dysphonie, par BASOLS PRIM. (*Revista de laringol.*, mars.) — Etude sur l'aphonie spastique, par JONQUIÈRE. (*Monats.*

f. Ohrent., XXIV, 6.) — Traitement du spasme de la glotte, par FLESCH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, p. 10.) — Paralysies et polypes des cordes vocales, par BARISIEN. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Les paralysies des muscles du larynx dans le tabes dorsalis, par R. DREYFUSS. (*Arch. f. pathol. Anat.*, XX, 1.) — Deux cas de paralysie du muscle crico-thyroïdien, par MASUCCI. (*Rassegna crit. int. mal. del naso*, III, 1.) — Quelques cas de trachéotomie pour brûlures du larynx, par GOUGH. (*Lancet*, 19 juillet.) — Laryngite polypeuse congénitale, par DESVERNINE-GALDOS. (*Ann. mal. de l'oreille*, avril.)— Traitement chirurgical des petits néoplasmes sessiles du bord libre des cordes vocales au moyen d'une curette spéciale, par LUC. (*Arch. de laryng.*, avril.) — Polype fibreux de la corde vocale gauche récidivant au bout de 20 ans, chez un homme de 60 ans, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 238, 10 mars.) — Un cas de papillome du larynx, intubation, guérison, par BALDWIN. (*New York med. record.*, p. 266, 8 mars.) — Laryngocèle médiane, par MADELUNG. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 3.) — Un cas de la forme lisse de la pachydermie laryngée, par MICHELSON (*Berlin. klin. Woch.*, p. 238, 10 mars.) — Périchondrite des cartilages de Santorini chez un syphilitique, par P. HEYMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 235, 10 mars) — Sur un cas de Verruca dura laryngis, par P. BERGENGRUN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XVIII, 3.) — Deux cas de cancer du larynx, par H. JOHNSON. (*Journal of amer. med. assoc.*, 19 avril, p. 557.) — Deux cas de cancer du larynx, par LAMARQUE et LACAZE. (*Soc. anat. Bordeaux*, 2 juin.) — Epithelioma pavimenteux, lobulé et corné du larynx, trachéotomie, ablation ultérieure du larynx, guérison. Récidive ganglionnaire quatre mois environ après l'extirpation du larynx, ablation d'un ganglion dégénéré, guérison. Mort d'influenza, par TERRIER. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Ablation partielle d'un larynx cancéreux, par MIKULICZ et MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 236, 10 mars.) — Extirpation du larynx, par DEMONS. (4e *congrès de chir.; Rev. de chir.*, 1889, p. 920.) — De la valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngectomie dans les cancers du larynx, par FAUVEL et SAINT-HILAIRE. (*Gaz. des hôp.*, 21 juin.) — Un cas de laryngectomie partielle pour cancer du larynx, par THORNER. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 21 juin.) — Cancer épithélial du larynx; extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable, par PÉRIER. (*Ann. mal. de l'oreille*, juin.) — De l'extirpation du larynx, par PINÇONNAT. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Traitement électrique des affections du larynx, par CLEMENS. (*Gaz. d'Ospit.*, 16 avril.) — Les nouveaux succès des injections laryngées et trachéales dans la médecine vétérinaire et leur importance en thérapeutique, par SCHNEIDEMUHL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 66.) — La valeur comparée de l'intubation du larynx, par M. BLEYER. (*Journal of amer. med. Assoc.*, 3 mai, p. 646.) — Tubage du larynx, 100 cas, 38 0/0 de guérisons par HAILES. (*Brit. med. j.*, 24 mai.) — Tubage du larynx, par HUNTER MACKENZIE. (*Ibid.*) — Mon 5e cas de tubage pour croup laryngé, par MASSEI. (*Arch. ital. di laringol.*, X, 2.) — Valeur du tubage du larynx eu rapport à d'autres opérations, par MOUNT BLEYER. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 3 mai.)

Lèpre. — Rapport sur la lèpre à Chypre, par HEYDENSTAM. (*Practitioner*, mai.) — Cause de la lèpre, par MOORE. (*Lancet*, 17 mai.) — Réapparition de la lèpre, par COLLIN. (*Ibid.*)— La lèpre est-elle contagieuse? par POUPINIEL, de Valence. (*Ibid.*) — Recherches sur la lèpre, par WESENER. (*Beit. zu pathol. Anat. u. allg. Path.*, VII, 4.) — Contribution à la contagiosité de la lèpre, par FORNÉ. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — Lèpre au Japon, par ASHMEAD. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — De la lèpre, par GAMBERINI. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, mars.) — Un cas de lèpre, par ALEXANDER. (*Brit.*

med. journ., 5 juillet.) — Troubles de la sensibilité chez les lépreux, par QUINUUAUD. (*Soc. de Dermat.*, 8 mai.) — Lésion de la gorge dans la lèpre, par JOHN HILLIS. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 212, mars.) — Lèpre oculaire, par PARINAUD. (*Soc. d'ophtalm.*, 3 juin.) — Traitement de la lèpre, par BAKEWELL. (*Royal. med. and chir. soc.*, 27 mai.)

Leucémie. — Leucémie et grossesse, par JAGGARD. (*Med. News*, 19 juillet.) — Sur un cas de leucémie aiguë, par WESTPHALL. (*Münchener med. Woch.*, p. 4, 7 janvier.)

Lichen. — Deux cas de lichen ruber plan, par FEULARD. (*Soc. franç. de Dermat.*, 10 avril.) — Sur un lichen en nappe, par HALLOPEAU. (*Ibid.*) — Du lichen rouge acuminé, par HAVAS. (*Pester. med. chir. Presse*, n° 3.) — Lichen planus, par BULKLEY. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 183, mai.)

Lipome. — Lipomes symétriques d'origine névropathique, par MATHIEU. (*Gaz. des hôp.*, 8 juillet.) — Du lipome traumatique, par LAURENT. (*Gaz. méd. Paris*, 26 avril.) — Lipome congénital de la grande lèvre, par QUÉNU. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 112.)

Locomotion. — Des mouvements apparents, observations physiologiques sur la sensation visuelle de mouvement, par L. FERRI. (*Giornale Acad. di medic. Torino*, mars.)

Lupus — Lupus erythémateux, par KLOTZ. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 72, février.) — Lupus erythémateux, par ALLEN. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 182, mai.) — Lupus primitif de la gorge, par MOUSSOUS. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 30 mars.) — Lupus vulgaris de la joue et du nez, par BRONSON. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 138 avril.) — Du lupus des extrémités, par HALM. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 4 et 5.) — Lupus des extrémités inférieures datant de longues années, guéri par le thermocautère et le baume du Pérou, par W. BECKH. (*Münch. med. Woch.*, p. 228, 25 mars.) — Traitement préliminaire du lupus vulgaire, par BROOKE. (*Brit journ. of Dermat.*, mai, p. 445.)

Luxation. — Subluxation de l'atlas sur l'axis, mort après seize jours de paralysie bulbaire, par CHRISTOVITCH. (*Bull. de thérap.*, 30 juin.) — Luxation hyoïdienne dans la phtisie pulmonaire, par WOOD. (*Lancet*, 2 août.) — Luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule, remarques sur les cas antérieurs, par LUCAS. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Luxation de la clavicule traitée par les injections d'alcool, par TOWNSEND. (*N. York. Acad. of med.*, 14 avril.) — Luxation incomplète en dedans du radius et du cubitus au coude, par A. STIFEL. (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 26 avril, p. 601.) — Causes des ossifications qui se produisent dans les vieilles luxations du coude, par DELBET. (*Bull. soc. Anat.*, 14 février, p. 83.) — De la luxation du radius compliquant les fractures du tiers supérieur du cubitus, par STANCULESCU. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Luxation incomplète en arrière du métacarpien du pouce par coup de poing, par H. SCHILLER. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 3, p. 85, 1er février.) — Luxation iliaque, par DUCHESNEAU. (*Lyon méd.*, p. 162, 1er juin.) — Réduction d'une luxation de la hanche après quatre mois, par MACKAY. (*Lancet*, 7 juin.) — Un cas de luxation congénitale de la hanche, par H.-E. CLARK. (*Glasgow med. journ.*, p. 202, février.) — Deux cas de luxation de la hanche, par BOTTEZ. (*Bull. soc. de méd. de Jassy*, III, n° 4.) — Luxation verticale de la rotule, par PIGGOTT. (*Lancet*, 20 juillet.) — Deux cas de luxation verticale externe de la rotule, par VERGELY. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 18 mai.) — Mécanisme des luxations doubles de l'astragale (énu-

cléation, recherches expérimentales et observations cliniques, par Rochet. (*Rev. d'orthop.*, n° 4.) — Traitement chirurgical des luxations irréductibles par d'autres moyens, par Robson. (*Lancet*, 26 juillet.)

Lymphatique. — Anatomie des vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de l'homme, par Horovitz et V. Zeissl. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 4 et 5.) — Sur une néoformation régénérative des ganglions lymphatiques, par Zehnder. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XX, 2.) — Tumeurs ganglionnaires du cou, par W. White. (*Therapeutic Gaz.*, avril.) — Du traitement des adénites chroniques du cou, par Van Merris. (*Bull. méd. du Nord.*, n°s 8 et 9.) — Une variété d'adénopathie pseudo tuberculeuse des ganglions du cou, par Ricard. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 921.) — Traitement des hygromas et ganglions hypertrophiés par l'excision, par Bond. (*Practitioner*, juin.) — Développement des adénites strumeuses et de leur extirpation, par Klotz. (*Berl. klin. Woch.*, 10 février.) — Pathologie et traitement chirurgical des bubons de la région inguinale, par Poelchen. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 3.) — Suppuration dans un cancer secondaire des ganglions cervicaux, par Roberts. (*Philad. acad. of surg.*, 7 avril.) — De l'adénie, sa nature infectieuse, par Guillermet. (*Thèse de Lyon*, n° 526.) — Traitement des lymphadénomes cervicaux par l'arsenic à haute dose, par Reclus. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 715, 728 et 731.) — Un cas de lympho-sarcome récidivant, par Snow. (*Lancet*, 7 juin.) — Observation de lymphomes multiples, par Lœwenmeyer et Virchow. (*Berl. klin. Woch.*, 10 février.) — Tumeurs lymphadéniques multiples avec leucémie, par Kelsch et Vaillard. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, n° 5.) — Lymphangiome caverneux volumineux de la face et du cou chez un nouveau-né mort le 5e jour, par Paul Guttmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 197, 3 mars.) — Etude du lymphangiome, par Schmidt. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 4 et 5.) — Lymphangiome circonscrit, par Noyes et Torok. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 2.) — Lymphangiectasie diffuse des parties génitales externes et de leur voisinage, par Kast. (*Münchener medicin. Woch.*, p. 226, 25 mars.) — Lymphangiectasie gommeuse probablement tuberculeuse, par Hallopeau et Goupil. (*Soc. de dermat.*, 10 juillet.)

M

Main. — Du traitement des plaies de la main par écrasement, pansement ouaté mixte, conservation, par Condé. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du doigt à ressort, théorie articulaire, variété synoviale, par Stcherlatcheff. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Doigts à ressort, par G. Merkel. (*Münch. med. Woch.*, p. 193, 11 mars.) (Lésion de l'articulation.) — Doigt à ressort, par Schilling. (*Münch. med. Woch.*, p. 193, 11 mars.) (Lésion de la gaîne.) — Du panaris infectieux, par Mignon. (*Bull. méd.*, 27 avril.) — Guérison d'un pouce bifide par un nouveau procédé opératoire, par Bilhaut. (4e *cong. de chir.; Rev. de chir.*, 1889, p. 951.) — Malformation congénitale des doigts, par Carr. (*N. York Acad. of med.*, 10 avril.) — Observation d'un enfant porteur de six doigts aux deux mains et aux deux pieds, par O. Frentzel. (*Archiv f. path. Anat.*, CXIX, 3.)

Mal de mer. — Lettre sur le mal de mer, par Rochet. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Mal de Pott. — Un cas de mal sous-occipital, par A. Bryce. (*Glasgow med. Journ.*, p. 351, mai.)

Mal des montagnes. — Etude du mal des montagnes, par LAURENT. (*Thèse de Lyon*, n° 528.) — Le mal des montagnes, par G. VON LIEBIG. (*Wiener med. Blätter*, n° 17.)

Maladie. — L'histoire naturelle des maladies spécifiques, par WILLOUGHBY. (*Londres.*) — La prophylaxie des maladies épidémiques, par ATKINSON. (*Edinburgh med. journ.*, mars, p. 811.)

Maladies professionnelles. — Stigmates professionnels des boulangers, par GRASSET. (*Soc. de méd. lég.*, 7 juillet.) — La déformation thoracique des passementiers, par FLEURY et REYNAUD. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Pathologie des houillères, par FABRE. (*Gaz. des hôp.*, 27 mai.) — La papillome des raffineurs de pétrole, par DERVILLE et GUERMONPREZ. (*Ann. de dermat.*, I, n° 5.) — Ulcérations des chromateurs, par VALLAS. (*Lyon, méd.*, p. 53, 11 mai.) — De la surdité des chaudronniers, par HABERMANN. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, 1 et 2.)

Malformation. — Absence congénitale des pectoraux droits avec membrane unissante en forme d'aile, syndactylie et état palmé des doigts, par J. BENARIO. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 225, 10 mars.) — Hydro-encéphalocèle occipitale, gueule-de-loup et pied varus chez un fœtus, par KOB. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 237, 10 mars.) — Absence partielle du radius droit et fusion du reste de l'os avec le cubitus, par SCHULTHERS. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 janvier.) — Fœtus anencéphale. Brides ammotiques multiples adhérentes à la face; difformités qui en résultent, par GUÉNIOT. (*Bull. Acad. de méd.*, 22 avril.) — Hermaphrodite, par DEBOUT. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — Statistique des difformités, par HOFFA. (*Münschener med. Woch.*, p. 237, 1er avril.) — Un cas de malformation des organes génitaux chez la femme, par K. FRANK. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XVIII, 2.) — De l'hermaphrodisme, par POZZI. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 juillet.) — Hermaphrodite, par DEBOUT. (*Normandie méd.*, 1er mai.)

Mamelle. — De l'érection directe du mamelon, par DUBOIS. (*Lyon méd.*, p. 567, 20 avril.) — Sécrétion sanguine par la mamelle chez une primipare, par HABERGRETZ. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 21 juin.) — Un cas de mastite gommeuse, par MOLFESE. (*Progresso med.*, 20 juin.) — Anatomie pathologique et nature de la maladie de Paget, du mamelon, par WICKHAM. (*Arch. de méd. expér.*, n° 1.) — Lipome volumineux de la région mammaire chez l'homme, par QUEIREL. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 923.) — Les névroses de la mamelle, par FOWLER. (*New York med. Record*, p. 179, 15 février.) — Sarcome calcifié de la mamelle, par CLARKE. (*Path. Soc. of London*, 20 mai.) — Cancer du sein traité par l'électricité, par PARSONS. (*West London med. chir. Soc.*, 11 avril.)

Massage. — Le massage, par JULIUS DOLLINGER. (*Stuttgart.*) — Du massage, par KENDAL FRANKS. (*Dublin journ. med. sc.*, p. 481, juin.) — Du massage en gynécologie, d'après la méthode de Thure Brandt, par HOFFHEINZ e DOHRN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 237, 10 mars.) — Bons effets du massage de Thure Brandt en cas de prolapsus rectal et d'incontinence d'urine, par MIKULICZ. (*Ibid.*)

Maxillaire. — Hypertrophie léontiasique des maxillaires et de l'os hyoïde, par BROWN. (*Manchester and Chronicle*, mars.) — Un cas de polype muqueux de l'antre d'Highmore, par RUTTEN. (*Soc. d'otol. belge; Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Recherches sur l'empyème du sinus maxillaire, par PFEILSTICKER. (*Corresp.-Blatt. d. Wurtemb. Aerztl.*, n° 36, 1889.) — De

l'empyème du sinus maxillaire, par WIEBE. (*Corresp. Blatt. d. Sächs. Aerztl. kreis. u. Bezisky.*, XLVII, 11.) — Sur l'empyème du sinus maxillaire, six cas, par SCHULTEN. (*Finska läkar. Handl.*, XXXII, 6.) — Suppuration de l'antre d'Highmore, par BROWN (*N. York med. journ.*, 19 juillet.) — Notes pratiques sur l'empyème du sinus maxillaire, par BOSWORTH. (*Boston med. journ.*, 25 juin.) — Empyème de l'antre d'Highmore, relation de vingt-six cas, par CALMAN. (*Inaug. diss. Kœnigsberg.*) — Abcès du sinus maxillaire débutant après un plombage d'une molaire et pris au début pour une affection pulmonaire, à cause de l'expuition sanguinolente, par A. HARTMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 185, 24 février.) — Sur la résection préalable de la moitié du maxillaire inférieur dans les cas de néoplasmes de la langue et des parties voisines, par LABBÉ. (4e *cong. de chir.; Rev. de chir.*, 1889, p. 917.)

Médecine (hist.). — Les relations de la médecine avec les problèmes socialistes, par W. MECKLINBURG POLK. (*N. York med. Record*, p. 673, 21 décembre 1889. — Publication des écrits des anciens médecins grecs, par LABOULBÈNE. (*Bull. Acad. de méd.*, 29 avril.) — La chirurgie de H. de Mondeville, par PAGEL. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 2.) — Les médecins du temps de Molière, par LÉON PETIT. (*Rev. scientif.*, 3 mai.) — John Brown et James Syme. Biographie par ALEXANDRE PEDDIE (*Edinburgh med. journ.*, mai.) — Les médecins normands du XIIe au XIXe siècle (Seine-Inférieure). biographie et bibliographie, par ROGER. (In-8°, 372 p., *Paris.*) — Médecins et pharmaciens au XVIe siècle, par GRIMBERT. (*Rev. scientif.*, 21 juin.) — La dernière maladie de G. Riquetti, comte de Mirabeau, d'après le journal de Cabanis, son médecin, par DUCHENNE. (*Gaz. des hôp.*, 6 mai.) — — Notice biographique sur le chirurgien zurichois F. Wirtz, par BRUNNER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 2.) — Histoire de la médecine pratique dans la ville de Francfort-sur-le-Mein pendant le XVIIIe siècle, par WIL. STRICKER (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXIX, 1.) — Une visite à l'Institut Pasteur, par BUCHANAN. (*Glasgow med. journ.*, 1er janvier.) — Quelques mots d'introduction à l'étude de la médecine clinique, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 18 mars.) — Histoire médico-statistique de l'année d'occupation en Egypte, 1882-1887, par GORE. (*Dublin j. of med. sc.*, juin.)

Médecine légale. — Dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie, par MAREAU. (In-16, *Paris.*) — Du droit de réquisition des médecins-experts par la justice. Rapport à la Faculté de médecine légale de France, par HORTELOUP. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIII, 225, mars.) — Etude critique sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, par JACOB. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Le nouveau code pénal italien, par TAMASSIA. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 1 et 2.) — Conséquences secondaires du choc chirurgical, par TODD. (*Med. News*, 26 avril.) — Etude spectro-photométrique du sang oxycarboné, par CHERBULIEZ. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Recherches sur le suicide, par THOMSEN. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 1. — Le décès et le suicide à Brest, par CORRE. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, V, n° 25.) — Homicide volontaire et plaie grave par hyménomanie chez un dégénéré imbécile, par MORSELLI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 1 et 2.) — Procès d'un soldat accusé de désobéissance, insubordination, etc., par BONFIGLI et TAMBRONI. (*Ibid.*). — Le procès Maybrick et l'empoisonnement, par STEVENSON. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Rapport médico-légal sur un cas de parricide (hystérie), par P. FUNAIOLI. (*Riforma medica*, 20 février.) — Mort pendant des manœuvres abortives, par VIBERT. (*Soc. de méd. lég.*, 7 juillet.) — Expertise médico-légale sur l'état mental de l'accusé dans un cas de triple assassinat, par L. MANDALARI. (*Morgagni*, février.) — Quelles sont les conditions, au point de vue médico-légal, de la chirurgie

abdominale? par POTTER. (*Americ journ. of obst.*, juillet.) — Imbécilité morale ou crime, par HAWKINS. (*Lancet*, 31 mai.) — Identification d'un individu par le squelette très incomplet, par PILORI. (*Sperimentale*, mai.) — Six meurtres et un suicide (alcoolique); relation médico-légale de sept autopsies, par G. TOURDES et P. ROUSSELOT. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIII, 206, mars.) — Un cas de secret médical, par P. DESCOUST. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIII, 179, février.) — Avis du comité supérieur prussien pour les affaires médicales, sur un rapport médico-légal concernant une inculpation d'infanticide, par SKRZECZKA. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LII, 209, avril.) — Rapport médico-légal sur un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement et sur la question de responsabilité de la sage-femme, par SCHILLER. (*Ibid.*, LII, 278, avril.) — Les fractures des côtes, au point de vue médico-légal, par ARNSTEIN (de Ratibor). (*Ibid.*, 265, avril.) — Rapport médico-légal de la Faculté de médecine de Vienne, sur une myélite aiguë consécutive à des violences, par H. VAN BAMBERGER et VON HOFMANN. (*Ibid.*, 188, janvier.). — Rapport médico-légal sur un cas de folie consécutive à une plaie de tête, par PETERSSEN-BORSTEL. (*Ibid.*, LII, 85, janvier.) — Deux rapports médico-légaux sur des alcooliques chroniques, par ALFRED RICHTER. (*Ibid.*, LII, 68, janvier.) — Asphyxie d'un enfant de 6 mois par le contenu d'un rouet à sucer. (*Ibid.*, LII, 398, avril.) — Mort par asphyxie, par KEMÉNY. (*Wiener med. Blätter.*, 16 janvier.)

Médecine militaire. — Code-manuel de médecins et de pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, par COLLIN. (In-16, *Paris.*) — Manuel pour le service médical militaire, par RIORDAN. (*Londres.*) — Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecins et pharmaciens dans la réserve et dans l'armée territoriale, par BOULOUMIÉ. (In-18, *Paris*). — Traité de médecine légale militaire, par DUPONCHEL. (In-12, *Paris.*) — Guide médical de l'officier d'infanterie de marine dans les régions tropicales, par MONGRAND. (In-16, *Paris.*) — Statistique de la morbidité et de la mortalité des établissements militaires d'instruction de 1876 à 1886, par DENYANKOFF. (In-8°, *St-Pétersbourg*, 1889.) — Statistique de l'armée navale japonaise pour 1888-1889. (In-8°, 48 p. (*Tokio.*) — L'état sanitaire de l'armée allemande, par LONGUET. (*Arch. de méd. mil.*, juillet.) — Etat sanitaire de l'armée espagnole, par LONGUET. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Rapport médical sur la campagne du croiseur le *d'Estaing*, par DIAGO. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — L'hôpital militaire de Bruxelles, par TH. BELVAL. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 19, 51 et 116, janvier-février et mars-avril.) — La vie du soldat en temps de paix, par BURLUREAUX. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIII, 123, février.) — Généralités sur les maladies contagieuses le plus fréquemment observées chez le soldat, sur leur thérapeutique et leur prophylaxie rationnelles, par BURLUREAUX. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Des ambulances, par NOEL. (*Bull. med.*, 25 juin.) — L'antisepsie dans les ambulances françaises, par NOEL. (*Bull. méd.*, 21 mai.) — Remarques sur le matériel antiseptique des ambulances et des hôpitaux de campagne, par CHAPUT. (*Bull. méd.*, 4 juin.) — La pleurésie dans l'armée, par COUSTAN et DUBRULLE. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — De quelques lésions professionnelles du soldat dans l'armée allemande, par NIMIER. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Effets des balles de petit calibre, par P. BRUNS. (*Beitr. zur klin. Chir.*, 1889 p. 241.)

Mélanose. — De la mélanose intestinale, par BONNET. (*Verhand. phys. med. Gesels. Würzburg*, XXIV, 1.) — Remarques sur la mélanine animale et l'hémosidérine, par JOHN ABEL. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXX, 2.) — Contribution à l'étude des mélano-sarcomes, par M. WALLACH. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXIX, 1.) — Mélano-sarcome primitif de la vulve, par TAY-

LOR. (*N. York med. journ.*, 6 juillet, 1889). — Sarcome mélanique et mélanose généralisée, par TRUMBULL. (*New York med. Record*, p. 351, 29 mars.)

Méninge. — Méningite simple survenant pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde et évoluant à la manière d'une méningite tuberculeuse, par TORDEUS. (*Journ. de méd.*, *Bruxelles*, 5 juillet.) — Méningite tuberculeuse chez l'adulte, par JACCOUD. (*Mercredi méd.*, 28 mai.) — Sur deux cas de méningite tuberculeuse avec aphasie, par PICOT. (*Gaz. hebd. sc. méd.*, *Bordeaux*, 16 mars.) — Sur le processus pachyméningétique, par ADAMKIEWICZ. (*Wiener med. Blätter*, n° 19.)— Méningite cérébro-spinale, par SMITH. (*N. York Acad. of med.*, 10 avril.) — Etiologie de la méningite cérébro-spinale, par BRUCH. (*Vereinsbl. d. pfälz. Aerzt.*, février.) — Quelques notes sur le traitement de la méningite cérébrale, par LONG FOX. (*Americ. journ. of med.*, juin.) — Observation de méningocèle traumatique, par GOLDING BIRD. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.)

Menstruation. — Traitement de la dysménorrhée membraneuse, par MARTIN. (*Med. News*, 3 mai.) — Traitement de la dysménorrée obstructive, par MADDEN. (*Lancet*, 5 juillet.) — Traitement de la dysménorrhée, par E.-W. MITCHELL. (*Amer. journ. of obst.*, mars.)

Mercure. — Sur la prétendue toxicité du calomel en présence du sel marin, par ADAM. (*Bull. méd.*, 27 juillet.) — Application de la méthode électrolytique au dosage du mercure dans les liquides pathologiques, par CATHELINEAU. (*Ann. de derm.*, I, n° 7.)

Mérycisme. — Cas de mérycisme, par LEVA. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte* 15 février.

Moelle. — Recherches sur les anomalies du développement de la moelle, par BUCHHOLZ. (*Arch. f. Phychiat.*, XXII, 1.) — Sur les modifications quantitatives de l'excitabilité galvanique nervo-musculaire en rapport avec la galvanisation de la moelle épinière chez l'homme sain, par L. TRUCCHI. *Morgagni*, février.) — Sur les dégénérescences consécutives à la section des racines postérieures. Contribution à l'étude des voies sensitives dans la moelle épinière, par ODDI et ROSSI. (*Monit. zoolog. ital.*, I, n° 3, et *Arch. ital. de biol.*, XIII, 3.) — Sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière, par FRANCOTTE. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Des réflexes dans les blessures de la moelle, spécialement au point de vue de l'intervention opératoire, par BOWLBY. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 13 mai.) — Paraplégie sans cause organique, un fait d'inhibition et de dynamogénie de la moelle chez l'homme, par JURANVILLE. (*Archiv. de phys.*, n° 3.) — Des mouvements athétosiques dans les affections spinales, par MASSALONGO. (*Gaz. d'ospit.*, n° 42.) — Etude expérimentale sur la myélite par compression dans la carie vertébrale, par HANS SCHMAUS. (*Wiesbaden.*) — Paralysie bulbaire avec changements de structure de la moelle, par SHAW. (*Brain*, n° 49.) — Sclérose latérale amyotrophique, névrite périphérique avec atrophie musculaire aux membres inférieurs, par JOFFROY et ACHARD. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.)— Forme aberrante de sclérose latérale amyotrophique, par CURTIS. (*Bull. méd. du Nord*, n° 6, p. 137. — Recherches anatomiques sur un cas de sclérose latérale amyotrophique, par DORNBLÜTH. (*Neurol. Centralb.*, n° 13, 1889.) — De la nature centrale de la paralysie spinale aiguë de l'adulte, par BLOCQ. (*Bull. méd.*, 20 avril.) — Poliomyélites et polynévrites, par BLOCQ et MARINESCO (*Soc. de biol.*, 5 juillet.)— Étude clinique et anatomo-pathologique de la sclérose latérale amyotrophique, par THORBJÖRN HWAN. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XXI, n° 15). — Un

cas de syringomyélée, par KRETZ. (*Wiener klin. Woch.*, 19 juin.) — Sur l'existence d'un rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie, par DÉJERINE et TUILLANT. (*Soc. de biol.*, 12 juillet.) — Etude sur la maladie de Friedreich (sclérose névroglique pure des cordons postérieurs), par DÉJERINE et LETULLE. (*La Médecine moderne*, 17 avril.) — Symptômes oculaires initiaux dans un cas d'ataxie locomotrice, par K. WHEELOCK. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 29 mars, p. 447.) — Contribution à la pathologie des crises laryngées et autres crises dans le tabes, par IRA VAN GIESON. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, juillet.) — Sur une forme particulière de maladie de Friedreich avec atrophie musculaire et troubles de la sensibilité, par DÉJERINE. (*C. Rend. Soc. de biol.*, II, n° 21.) — De la réapparition des réflexes tendineux dans un cas de tabes, par GOLDFLAM. (*Kronika lekarska*, n° 4.) — Deux cas d'ataxie locomotrice, par CHARCOT. (*Semaine méd.*, 4 juin.) — Paralysie ascendante aiguë suivie de paraplégie ataxique, par SANGER BROWN. (*New York med. Record.*, p. 323, 22 mars.) — Des paralysies au cours du tabes, par DÉJERINE. (*La Médecine moderne*, 20 mars.) — Traitement des maladies chroniques de la moelle, par CHÉRON. (*Union médicale*, 13 février.) — De la suspension dans les maladies de la moelle, par DE TULLIO. (*Giorn. intern. d. sc. med.*, 15 juin.) — Etude clinique et expérimentale sur le mécanisme de l'action de la suspension dans le tabes et les maladies du système nerveux, par LUMBROSO. (*Riv. clin. arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 1). — La suspension comme moyen thérapeutique, par ALTICHIERI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 2.) — Traitement par la suspension, par RUSSELL et TAYLOR (*Brain*, n° 50.) — Des injections sous-cutanées de sels d'argent chez les ataxiques, par ROSENBAUM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 330, 7 avril.) — Recherches sur la possibilité d'opérations sanglantes dans les hernies de la moelle, spina bifida, etc., par BAYER (*Prager. med. Woch.*, n° 5.)

Molluscum. — Fibrome molluscum, par BRAND. (*Lancet*, 19 juillet.) — Cas de molluscum fibreux, par PODE. (*Lancet*, 17 mai.)

Monstre. — La théorie de la monstruosité double, par DEBIERRE. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Nouvelles recherches sur le mode de formation des monstres omphalocéphales et sur la dualité primitive du cœur dans les embryons des vertébrés, par DARESTE. (*Acad. des sciences*, 2 juin.) — Malformations chez un nouveau-né, absence de membres, par COOK. (*Brit. med. journ.*, 14 juin.) — Un monstre à double tête, par E. WALKER. (*Journ. of americ. med Assoc.*, 19 avril, p. 576.)

Morphée. — Morphée, par SHERWELL. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 82, février.)

Mort. — La mort, ses formes, signes, etc., par BRADNACK. (*Buffalo med. journ.*, juin.) — De l'origine cardiaque de la mort subite, par BERNARD. (*Arch. de l'anthrop. criminelle*, V, n° 26.) — Des altérations pathologiques des ganglions cardiaques dans les morts subites pendant les opérations, par OTT. (*Prager med. Woch.*, 7 mai.)

Mouvement. — Influence de la pesanteur sur les mouvements rectilignes volontaires du bras, par J. LOEB et KORANYI. (*Arch. für die ges. Phys.*, XLVI, p. 101.)

Muguet. — Recherches morphologiques sur le champignon du muguet, par ROUX et LINOSSIER. (*Arch. de méd. expér.*, n°s 1 et 2.)

Muscle. — Sur la morphologie des faisceaux neuro-musculaires, par BLOCQ et MARINESCO. (*Soc. de biol.*, 21 juin.) — Etude des bourgeons musculaires, par VON FRANQUÉ. (*Verhandl. phys. med. Gesel. Würzburg*, XXIV, 2.) —

Variations du muscle ptérygoïdien externe, par POLAND. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Muscles striés dans l'intestin de la tanche, par RENÉ DUBOIS-REYMOND. (*Archiv. für Anat. und Physiol.*, p. 176.) — L'élasticité active du muscle et l'énergie consacrée à sa création dans le cas de contraction statique, par CHAUVEAU. (*Acad des sc.*, 7 juillet.) — Participation des plaques motrices terminales des nerfs musculaires à la dépense d'énergie qu'entraîne la contraction. Influence exercée sur l'échauffement du muscle par la nature et le nombre des changements d'état qu'elles excitent dans le faisceau contractile, par CHAUVEAU. (*Ibid.*, 21 juillet.) — L'énergie des mouvements volontaires et la sensation de poids, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, (10 mai.) — Sensation de poids et mouvements associés, par A. CHARPENTIER. (*Ibid.*, 24 mai.) — Sur l'existence d'une période intermédiaire à l'irritabilité musculaire et à la rigidité cadavérique, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Les lois de la fatigue étudiées dans les muscles de l'homme, par MAGGIORA (*Arch. ital. de biol.*, XIII, 2.) — Physiologie des muscles lisses, par W. BIEDERMANN. (*Archiv für die ges. Phys.*, XLV, p. 369.) — Excitation secondaire de muscle à muscle, par E. MÜNZER. (*Ibid.*, XLVI, p. 245.) — Excitation polaire et onde électrique du muscle, par L. HERMANN. (*Ibid.*, XLV, p. 593.) — Nouvelles recherches sur les efforts musculaires de compression, par RICCARDI. (*Arch. per l'antrop.*, XIX, 3.) — Les lois de la fatigue musculaire, par MOSSO. (*Rev. scientif.*, 3 mai.) — Effet de la fatigue sur la contraction musculaire volontaire, par WARREN LOMBARD. (*Americ. Journ. of psychol.*, janvier, et *Arch. ital. de biol.*, XIII, 3.) — Sur le sens musculaire, par GLEY et MARILLIER. (*Rev. philos. de la France*, XV, 2 et 3.) — Instrument pour mesurer l'état du sens musculaire, par GOLDSCHEIDER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 322, 7 avril.) — Recherches relatives à la morphologie et à la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles, par BABÈS et MARINESCO. (*Bull. Acad. de méd.*, 24 juin.) — Contraction musculaire réflexe, par JAMES. (*Rep. labor. of roy. College of phys., Edinburgh*, II.) — Contraction musculaire volontaire, par HAYCRAFT. (*Journ. of phys.*, XI, 4 et 5.) — Etude clinique sur la maladie de Thomsen, par DELCAGE. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De la maladie de Thomsen, par HALE WHITE. (*Guy's hop. Rep.*, XLVI.) — Ophtalmoplégie externe et amyotrophie généralisée, par CHARCOT. (*Gaz. hebd. de méd.*, 28 juin.) — Sur quelques cas d'atrophie musculaire limitée aux extrémités et dépendant d'altération des nerfs périphériques, par DUBREUILH. (*Rev. de méd.*, juin.) — Deux cas de myopathie primitive progressive, par SPILLMANN et HAUSHALTER. (*Rev. de méd.*, juin.) — De la myopathie progressive primitive, par SACHS. (*Med. News*, 21 juin.) — Un cas de myopathie avec atrophie des membres supérieurs et troubles de l'intelligence, par PILLIET. (*Rev. de méd.*, mai.) — Dystrophie musculaire progressive, par ERB. (*Samml. klin. Vorträge*, nouvelle série, n° 2.) — Atrophie musculaire du membre supérieur du côté droit coïncidant avec une tumeur de volume indéterminée du cou, par DIEULAFOY. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 avril.) — Amyotrophies progressives et pseudo-hypertrohie musculaire, par G. RUMMO. (*Riforma medica*, 22 novembre 1889.) — Recherches expérimentales sur la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux arthrites traumatiques, par RAYMOND. (*Rev. de méd.*, mai.)

Myopie. — Du traitement de la myopie progressive, par BRAVAIS. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Diagnostic de la prédisposition à la myopie, par NUEL. (*Ibid.*) — Traitement de la myopie progressive par le reculement tendineux et aponévrotique, par MOTAIS. (*Ibid.*)

Myxœdème. — Sur la cure possible du myxœdème, par HORSLEY. (*Brit. med. journ.*, 26 juillet.)

N

Nerf. — Le développement des nerfs vague, accessoire, hypoglosse et premiers cervicaux chez les sauropsidés et chez les mammifères, par CHIARUGI. (*Arch. ital. de biol.*, XIII, 2.) — De l'entrecroisement des nerfs optiques dans le chiasma, par VASSALE. (6e *congrès, freniat. ital.*, septembre 1889.) — Revendication pour F. Fontana de la découverte de la gaine de la myéline et des cylindraxes, par CIRINCIONE. (*Incurabili*, V, n° 7.) — Sur la nature des faisceaux neuro-musculaires, par ONANOFF. (*Soc. de biol.*, 5 juillet.) — Sur des corps neuro-musculaires à enveloppe semblable à celle des corpuscules de Pacini, par PILLIET. (*Soc. de biol.*, 31 mai.) — Les nerfs vaso-dilatateurs et la loi de Magendie, par MORAT. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Sur l'action pseudo-motrice des nerfs vaso-dilatateurs, par WERTHEIMER. (*Arch. de Phys.*, n° 3.) — Recherches chronoscopiques sur l'électrotonus des nerfs moteurs chez l'homme, par BRUGIA. (6e *congrès Soc. freniat. ital.*, septembre 1889.) — Sur la genèse des phénomènes consécutifs à la pression du faisceau nervo-vasculaire du cou, par V. CANTU. (*Riforma medica*, 16 décembre 1889.) — Action des courants continus et du cathétérisme sur le nerf pneumogastrique chez l'homme, par FORT. (*Gaz. de biol.*, 10 mai.) — Physiologie des nerfs récurrents, par LIVON. (*Soc. de biol.*, 31 mai.) — Etude expérimentale sur les suites de l'arrachement du plexus cœliaque, par PEIPER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 6.) — Recherches sur les propriétés réflexes de ganglion sous-maxillaire, par WERTHEIMER. (*Arch. de Phys.*, n° 3.) — De la signification morphologique du ganglion ciliaire, par ANTONELLI. (*Giorn. d'Ass. dei natur. med. di Napoli*, n° 3.) — Des névrites, par BARIÉ. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 10.) — Deux cas de névrite arsenicale périphérique, par BARTON. (*Lancet*, 19 juillet.) — Un cas de névrite apoplectiforme du plexus brachial suivi d'autopsie, par DÉJERINE. (*Soc. de biol.*, 19 juillet.) — Des névrites périphériques expérimentalement provoquées par le contact de diverses substances avec les nerfs vivants, par TITI. (*Thèse de Bordeaux.*) — Contribution à la pathologie de la névrite rétro-bulbaire, par TURNER. (*Journ. of anat.*, juillet) — Quelques formes peu connues de névrite périphérique, monoplégie alcoolique et névrite diabétique, par BUZZARD. (*Brit. med. journ.*, 21 juin.) — De la polinévrite aiguë infectieuse, par LOJACONO. (*Sicilia med.*, avril.) — Pathogénie de certaines névralgies (spasme vasculaire), par JACOB (de Cudowa.) (*Berlin. klin. Woch.*, p. 330, 7 avril.) — Névralgie du deltoïde, par GOLDING BIRD. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Sciatique, névralgie ou névrite, par COMBEMALE. (*Bull. méd. du Nord*, n° 10, p. 241.) — Un cas de sciatique avec scoliose (les nerfs lombaires étant affectés), par VON BONSDORFF. (*Finska läkar. handlingar.*, XXXII, 5.) — Les déformations du tronc dans la sciatique, par MASSALONGO. (*Il Segno*, juillet.) — Nouvelle méthode pour le traitement de la névralgie sciatique rebelle (vapeurs de décoction de piper umberatum), par CURSINO DE MOURA. (*Gaz. hebd. de méd.*, 28 juin.) — Traitement rationnel de la sciatique, par HAMMOND. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, mai.) — Du traitement des névralgies faciale, dentaire et d'autres névroses, par LESLIE. (*Edinb. med. journ.*, janvier.) — Des injections d'éther dans les névralgies, par KUN. (*Ann. sec. méd. Anvers*, mars.) — Sur les lésions des nerfs récurrents, par BLANC. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Paralysie du nerf circonflexe, par BRADSHAW. (*Brit. med. journ.*,

26 juillet.) — Névrome plexiforme amyélinique, par LACROIX et BONNAUD. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Neuro-fibrome sous-cutané douloureux du bras, par J. ABBOTT CANTRELL. (*Journal of amer. med. Assoc.*, 12 avril, p. 541.) — Section ancienne des tendons et des nerfs de la région antérieure de l'avant-bras, par POZZI. (*Bullet. Soc. de chir.*, XV, p. 786.) — Résection du trijumeau au trou ovale, par BORELIUS. (*Hygiea*, janvier.) — Résection partielle des septième et huitième nerf intercostaux et du bord inférieur du thorax, par LEPRÉVOST. (4e congrès de chir. *Rev. de chir.*, 1889, p. 923.) — Extirpation du ganglion de Meckel, par DANIEL MOLLIÈRE. (4e congrès de chir. *Rev. de chir.*, 1889, p. 915.) — Un cas de blessure du nerf récurrent, par RUTTEN. (*Soc. d'otol. belge; Ann. mal. de l'or.*, juin.) — De la suture des nerfs et en particulier de la suture secondaire, par MOUTON. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Deux cas de section du nerf radial, restauration complète des fonctions après résection et suture, par CLÉMENT LUCAS. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Sur la luxation du nerf cubital en dedans de l'épitrochlée, par ANNEQUIN. (*Arch. de méd. milit.*, juin.)

Nerveux (Syst.). — Cours de splanchnologie, les centres nerveux, par CHARPY. (In-8°, 275 p., *Montauban.*) — L'anatomie du système nerveux central à l'état de santé et de maladie, par OBERSTEINER, trad. de Hill. (*Londres.*) — D'un nouveau procédé pour les recherches microscopiques du système nerveux central, par PALADINO. (*Arch. ital. de biol.*, XIII, 3.) — Sur les fonctions du système nerveux, par GOWERS. (*Lancet*, 3 mai.) — Des sensations associées et des troubles qui en dépendent, par QUINCKE. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 5.) — Les rapports entre les excitations périphériques et les phénomènes nerveux, par ALLEN STARR. (*New York med. Record*, p. 1, 4 janvier.) — Parallèle entre les trois mécanismes thermiques et les trois niveaux de Jackson, par HALE WHITE. (*Brit. med. journ.*, 26 avril.) — Conférences sur les maladies du système nerveux, par DÉJERINE. (*Union médicale*, 20 mars.) — Pathologie du système nerveux sympathique, par WHITE. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux, par HAUSHALTER et ADAM. (*Revue médic. de l'Est*, n° 4, p. 112.)

Névrose. — Rapports entre la neurasthénie et les affections cardiaques, par SCHOTT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 329, 7 avril.) — La neurasthénie, par BOUVERET. (*Province méd.*, 19 octobre 1889 au 3 mai 1890.) — Des troubles gastriques dans la neurasthénie, par MOUNIER. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Railway-spine et son traitement, par X. DERCUM. (*Therapeutic. gaz.*, octobre 1889.) — De la névrose traumatique, par THOMSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 330, 7 avril.) — Observations récentes sur l'étiologie et le traitement de la migraine, par SINKLER. (*Med. News.*, 19 juillet.) — Sur un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches, par GRASSET. (*Arch. de Neurol.*, juillet.) — Note sur l'origine bulbaire du tic de la face, par CADIOT, GILBERT et ROGER. (*Rev. de méd.*, mai.)

Nez. — Traité des maladies du nez et de la gorge, par BOSWORTH. Vol. 1, nez et pharynx nasal. (*New York*, 1889.) — Classification des maladies du nez et du naso-pharynx, par LENNOX BROWNE. (*Journ. of laryng.*, juillet.) — Les rapports des affections des voies aériennes supérieures avec les névroses réflexes du nez, par BOSWORTH. (*N. York. acad. of med.*, 1er mai.) — Les affections de la bouche et du nez en relation avec les irritations périphériques, par BEVERLEY ROBINSON. (*New York med. Record.*, p. 123, 19 avril.) — Maladies des tissus du nez, par COZZOLINO. (*Archives internat. de laringol.*, I, n° 3.) — Anosmie, par RENÉ. (*Gaz. des hôp.*,

31 juillet.) — Cas typique d'irritation oculaire causée par une rhinite chronique, guérison par le traitement nasal, par Blitz. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 10 mai.) — De l'épistaxis chez le vieillard, par P. Parisot. (*Revue médicale de l'Est*, n° 7, p. 208.) — Du catarrhe rétro-nasal, de son traitement, remarques sur la maladie de Tornwaldt, par Gerber. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Différence entre le nasonnement et le nasillement, par Lœwonberg. (*La Voix*, juin.) — De l'asthme réflexe, en particulier d'origine nasale, par Hamilton Potter. (*Buffalo med. journal*, mars, p. 463.) — Recherches spirométriques dans les rhinopathies, par Joal. (*Rev. de laryngol.*, 5 avril.) — Rhinite pseudomembraneuse, par Dwight Chapin (*N. York med. journ.*, 21 juin.) — Sur la nature de l'ozène, recherches historiques et bactériologiques, par Marano. (*Arch. de laryngol.*, avril.) — Traitement de l'ozène, par Meyjes. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 6.) — A propos de quelques cas de névrose nasale, par Trifiletti. (*Arch. ital. di laringol.*, X, 2.) — De l'eczéma du nez, par Troplowitz. (*Inaug. diss. Würsburg.*) — Gomme ulcérée de l'aile gauche du nez, par Raulin. (*Ann. de la polycl. Bordeaux*, janvier.) — Syphilis naso-pharyngo-laryngienne tertiaire, par Raulin. (*Ibid.*) — Chancre syphilitique de la cloison du nez, par Gemy. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 7.) — Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales, par Marfan. (*Ann. de Dermat.*, I, 6.) — Sur le diagnostic différentiel des ulcérations du nez, par Hajek. (*Archives internat. de laringe*, I, n° 3.) — Du lupus primitif des fosses nasales, par Moure. (*Archives internat. de laringol.*, I, 3.) — Un cas de tuberculose nasale chez un syphilitique, par Grossard. (*Ann. de la Polycl. Bordeaux*, janvier.) — Tumeurs nasales tuberculeuses, par Higguet. (*Soc. d'otol. belge; Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Tuberculose de la muqueuse nasale, forme primitive et secondaire, par Olympitis. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Hématome traumatique et abcès consécutif de la cloison nasale, par Ricci. (*Boll. dell' orecchio*, VIII, 4.) — Des papillomes des fosses nasales, par Moure. (*Arch. internat., de laringol.*, I, n° 1.) — Polype fibreux naso-pharyngien, accès caractérisés par des phénomènes congestifs, des hémorragies et une augmentation momentanée du volume de la tumeur, atrophie progressive spontanée, par Bouchaud. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Polypes multiples du nez, par Lewis. (*Lancet*, 28 juin.) — Un cas de polype kystique des fosses nasales, par Labit. (*Ann. de la polycl., Bordeaux*, janvier.) — Transformation kysto-pneumatique du cornet moyen, par Schmiegelow. (*Rev. de laryng.*, 15 mai.) — Nouveau serre-nœud pour les polypes naso-pharyngiens et la dégénérescence polypeuse de l'extrémité postérieure des cornets, par Rettri. (*Arch. internat. de laring.*, I, n° 1.) — Traitement pour la cure radicale des polypes du nez, par Griffin. (*N. York med. Record.*, 28 juin.) — Ampoule osseuse des fosses nasales, par P. Heymann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 235, 10 mars.) — Sarcome des fosses nasales, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 8 juillet.) — Cas de rhinolithe, par Baden. (*Hosp. Tidende R.* 3, Bd. 7, p. 41.) — Un cas de rhinolithe, par Noquet. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Présentation d'un rhinolithe, par Schiffers. (*Soc. d'otol. belge ; Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Etude du rhinosclérome, par Lutz. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XI, 2.) — Un cas rare de malformation du nez, recherches sur les déviations du nez, par Landow. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXX, 6.) — Rétablissement des nez déformés par la greffe d'une partie du doigt, par Parker. (*Med. News*, 7 juin.) — Atrophie, hypertrophie et déviation de la cloison nasale, par Klein. (*Times and register.*, 23 novembre 1889.) — Deux cas de déviation de la cloison nasale, nouveau procédé opératoire, par Briquet. (*Journ. sc. méd. Lille*, 23 mai.) — L'emploi du perforateur dentaire dans le traitement des déviations et des éperons de la cloison nasale, par Bronner. (*Journ. of laryng.*, juillet.) — Causes et traitement de l'obstruc-

tion nasale, par LANGMAID. (*Boston med. j.*, 15 mai.) — Une opération pour corriger la déviation de la cloison du nez, par J. WRIGHT. (*New York med. record.*, p. 36, 11 janvier.) — Opération pour la déviation de la cloison, par DENT. (*Lancet*, 28 juin.) — Des déviations du rachis d'obstruction nasale, par ZIEM. (*Monat. f. Ohrenh.*, XXIV, 5.) — Chirurgie externe du nez, par RICKETTS. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 21 juin.) — Emploi de la rugine dentaire dans le traitement des éperons, déviations de la cloison et synéchies des fosses nasales, par BRONNER. (*Lancet*, 26 juillet.) — Nouveau compresseur hémostatique de la cloison, par JARVIS. (*N. York med. journ.*, 7 juin.) — Le tubage nasal, par GOODWILLIE. (*N. York med. journ.*, 17 mai.)

Nutrition. — Influence du travail musculaire sur la nutrition, par ZUNTZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 311, 31 mars.) — De la néoproduction des éléments cellulaires dans les tissus des animaux nourris après un long jeûne, par MORPURGO. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 1.) — Influence du carbonate de lithine sur les échanges nutritifs chez l'homme sain, par G. GORSKY. (*Diss., Petersburg*, 1889., *Med. Chronicle*, XI, n° 2, 1889 et *Centrbl. f. d. med. W.*, p. 27, 1890.)

O

Obésité. — Fréquence de l'hémorragie cérébrale chez les obèses, par KISCH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 329, 7 avril.)—Traitement de l'obésité, par TOWERS-SMITH. (*Brit. med. journ.*, 31 mai. — Traitement physiologique de l'obésité, par W. MENDELSON. (*New York med. Record*, p. 176, 15 février.)

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale aiguë par calcul biliaire, chez une malade de 77 ans; guérison, par MILES. (*Lancet*, 24 mai.) — Obstruction intestinale aiguë compliquée d'ulcère perforant du duodénum, mort en 24 heures, par PIGGOTT. (*Lancet*, 21 juin.) — Occlusion intestinale due à une tumeur de l'intestin grêle, par CHAMBERS. (*New York obst. Soc.*, 4 février.) — Occlusion intestinale aiguë, par ROUTIER. (*Semaine méd.*, 14 mai. — Trois cas d'occlusion intestinale par bol fécal, guérie par l'électrisation, par M. CRISPO. (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 6, p. 297. — Deux cas d'invagination traités par l'injection d'air, par RIVINGTON. (*Lancet*, 7 juin.) — Invagination de 9 jours de durée, guérie par l'insufflation, par LANGHORNE. (*Lancet*, 3 mai.) — Du lavage de l'estomac dans l'obstruction et l'occlusion intestinales, par WIGNIOLLE. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Valeur de la ponction capillaire de l'intestin dans certains cas d'obstruction intestinale, par DEMONS. (4e *congr. de chir.*, *Rev. de chir.*, 1889, p. 925.) — Laparotomie pour une obstruction intestinale consécutive à une hystérectomie vaginale, par H. C. COE. (*Amer. journ. of obst.*, février.) — Obstruction intestinale consécutive à une plaie ; laparotomie, par RUSSEL. (*Brit. med. journ.*, 7 juin.) — Laparotomie pour étranglement interne, par DURET. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 926.) — De la laparotomie dans l'occlusion intestinale, par OBOLINSKI. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVIII, p. 2, et *Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Œdème. — Le traitement des hydropisies rebelles, par TYSON. (*Med. News*, 21 juin.) — Troubles vaso-moteurs. Œdème récurrent de la face et des mains, par SCALESE. (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 5, p. 227.)

Œil. — L'anatomie du centre du nerf moteur occulaire commun, par PERLIA.

(*Arch. f. Ophtalm.*, XXXV, p. 4.) — Étude de l'excavation physiologique, par HERRNHEISER. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, n° 9.) — Sur les mouvements associés des yeux, provoqués par la faradisation corticale unie et bilatérale chez le singe, par MOTT. (*Brit. med. journ.*, 21 juin.) — Méthode de dissection de l'œil, par DUNCAN. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Manuel des maladies de l'œil, par NOYES. (*New York.*) — De la méthode d'examen des yeux, par FREELAND FERGUS. (*Glasgow med. journ.*, p. 198, mars.) — De la réfraction de l'œil, manuel d'étudiants, par HARTRIDGE. (3e *édit., Philadelphie.*) — Premiers principes d'ophtalmospectroscopie, par E. FAVARELLI. (*Giornale accad. di med. Torino*, mars.) — Sur le décentrage des verres de lunettes, par COQUE. (*Rev. gén. d'opht.*, n° 6.) — Ophtalmoscope à réfraction, pouvant servir de disque optométrique, par KNŒFLER. (*Rev. méd. de l'Est.*, n° 5, p. 103.) — Sur les troubles oculaires d'origine utérine, par GENDRON. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Pathogénie et nouveau traitement de l'ophtalmie sympathique, par ABADIE. (*Semaine méd.* 23 juillet.)— De l'ophtalmie sympathique, par TREILLAIS. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Un cas d'ophtalmie par embolie de streptocoques, par VOSSIUS, (*Zeit. f. Geburts*, XVIII, p. 2.) — Un cas d'ophtalmie puerpérale, par A. VOSSIUS. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, p. 2.)—De la panophtalmie secondaire infectieuse, par DESBIÈRES. (*Thèse de Paris*, 3 juillet.)— Forme insidieuse grave de l'ophtalmie blennorragique, par TROUSSEAU. (*Ann. de dermat.*, p. 6.) — Traitement de l'ophtalmie purulente du nouveau-né, par PAUL. (*Soc. de thér.*, 28 mai.) — Un cas d'amaurose par la quinine, par GAROFALO. (*Wien. med. Blätter*, n° 15.) — Valeur séméiologique de la névrite optique, par ALVIN HUBBELL. (*Buffalo med. journ.*, février, p. 398.) Leçon sur la névrite optique, par JEAFFRESON. (*Lancet*, 26 avril.) — Tuberculose du nerf optique, par CIRINCIONE. (*Giorn. di neuropatol.*, VII, 2.) — Des tuberculoses de l'œil, par VIGNES. (4e *congrès de chir.*, *Rev. de chir.*, 1889, p. 915.) — Coup d'œil général sur la réfraction, l'accommodation et la convergence ; de l'asthénopie, par VAN DEN BERGH. (*La Clinique, Bruxelles*, 8 mai.) — Relation entre les erreurs de réfraction et l'insuffisance des muscles oculaires dans les maladies fonctionnelles du système nerveux, par JOHN ROOSA. (*New York med. Record*, p. 429, 19 avril.). — Cas rare de troubles de la vision binoculaire, par BURKARDT. (*Münich, med. Woch.*, p. 193, 11 mars.) — Sur les changements du muscle ciliaire, sous l'influence de l'âge et de la réfraction de l'œil, par GARNIÉ. (*Westnik ophtalmol.*, mars-avril.)—Paralysie essentielle et temporaire de la convergence chez les adolescents, par GRANDCLÉMENT. (*Soc. franç. d'ophtalm.*, 5 mai.) — L'amétropie et ses relations avec l'insuffisance des muscles droits, par J. WRIGHT. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 29 mars, p. 441.) — Torticolis oculaire, par LANDOLT. (*Bull. méd.*, 22 juin.)— Paralysie du moteur oculaire externe, par PANAS. (*Tribune méd.*, 17 avril.) — Des plaies de l'œil, par SATTLER. (*Prager med. Woch.*, n° 1.) — De l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'œil avec pénétration de corps étrangers, par COPPEZ. (*Soc. franc. d'opht.*, 5 mai.) — De l'exophtalmos pulsatile, à propos d'une opération de ligature des deux carotides primitives pour exophtalmos pulsatile, par LE FORT. (*Rev. de chir.*, mai.) — Contusion du globe oculaire donnant lieu à des symptômes aigus locaux de syphilis congénitale, par ADOLF BRONNER. (*Brit. med. journ.*, p. 86, juillet.) — Deux cas de tumeur du nerf optique, par S. AYRES. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 8 mars, p. 325.) — Cancers intraoculaires, par MARTIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 mai.) — De la cocaïne en ophtalmologie, par SOUS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 avril.) — Action comparative des antiseptiques employés en chirurgie oculaire, par VACHER. (*Soc. franç d'opht.*, 5 mai.) — Traitement de l'ophtalmie migratrice, par SECONDI. (*Il policlinico, Turin*, n° 7.) —De l'emploi des pulvérisations dans le traitement des ophtalmies, par BEDOUIN,

(*Bull. de thér.*, 15 juin et *Rev. méd. de l'Est.*, n° 10.) — Le fer rouge appliqué à la cure de certaines affections oculaires, par FESTAL. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 8 juin.) — L'élongation du nerf optique dans l'amblyopie tabagique, par FORTUNATI. (*Sperimentale*, mai.) — Un cas d'action heureuse de la chaleur dans l'atrophie du nerf optique, par SEGAL. (*Westnik ophtalmol.*, janvier.)

Œsophage. — Un cas d'ulcération variqueuse de l'œsophage, suivie de mort par hémorragie, par A. VITI. (*Riforma medica*, p. 22, janvier.) — Un cas de dysphagie avec dilatation de l'œsophage, par EINHORN. (*Wien. med. Presse*, n° 2, p. 53.) — De la trachéotomie dans le cancer de l'œsophage, par GOISQUE, (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Œsophagotomie interne, 1 cas, par ROE. (*Buffalo med. journ.*, mai.) — Œsophagotomie pour un dentier artificiel, par DEAVER. (*Med. News*, 3 mai.) — Traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse linéaire combinée à la dilatation, par FORT. (4e *congrès de chir.*, *Rev. de chir.*, 1889, p. 922.) — Rétrécissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage; gastrostomie. Dilatation du rétrécissement. Suture de la fistule. Guérison, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 29 mars.) — Rétrécissement par inflexion de l'œsophage consécutive à un empoisonnement par l'acide sulfurique. Gastrostomie et œsophagotomie, par MIKULICZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 238, 10 mars.)

Œuf. — Observations sur la maturation et la fécondation des œufs, par MONDINO et SALA. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, p. 1.)

Olfaction. — Sur la physiologie comparée de l'olfaction, par DUBOIS. (*Acad. des sc.*, 7 juillet.)

Orbite. — Quelques mots sur l'épine trochléenne de l'orbite chez l'homme, par VERGA. (*Arch. per l'antrop.*, XIX, p. 3.)

Oreille. — Le labyrinthe de l'oreille par RANDALL. (*Med. News*, 10 mai.) — Le sens auriculaire de l'espace, par BONNIER. (*Thèse de Paris*, 14 mai.) — Fonctions de la conque auriculaire, par KESSEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 185, 24 février.) — De l'excitabilité électrique du nerf acoustique et de sa valeur diagnostique dans les maladies cérébrales et du système nerveux, par GRADENIGO. (*Boll. d. mal. dell'orecchio*, VIII, p. 4.) — Recherches sur l'intensité comparative des sons, d'après leur tonalité, par CHARPENTIER. (*Arch. de phys*, n° 3.) — Électro-acoumètre ; nouvelle méthode pour la recherche de la surdité dans les conseils de milice et de revision, par V. CHEVAL. (*Bull. Acad. de méd.*, *Belgique*, n° 3, p. 238.) — Sur la comparaison des données de l'auscultation otoscopique du diapason-vertex et de son audition par le sujet sous l'influence de la déglutition, par GELLÉ. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Le phonographe et projet d'une échelle graduée de l'acuité de l'oreille, par STIMSON. (*New York med Record*, p. 491, 3 mai.) — Observations sur les résultats de l'examen au diapason relativement aux maladies de la portion mastoïdienne du temporal, par CORRADO-CORRADI. (*Rev. de laryng.*, 15 mai.) — Des différentes méthodes d'exploration de la fonction auditive, par ARNOULD. (*Rév. gén. de clin. et de thérap.*, n° 14 et 15, p. 209 et 226.) — Sur l'examen à l'aide du diapason, par BING. (*Wiener med. Blätter.*, n° 12.) — Étude sur deux lustres de pratique otiatrique, par SCHUBERT. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, p. 1 et 2.) — Étude sur les maladies d'oreille et les opérations à la policlinique et à la clinique de Breslau en 1888, par HECKE. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, p. 1 et 2.) Hygiène de l'oreille, par COZZOLINO, trad. de JOLY. (In-12, *Paris*.) — Les maladies de l'oreille chez le fœtus et dans la première enfance, leurs graves conséquences sur l'audition et la parole, par GRAZZI. (*Boll. mal. dell'orec-*

chio, VIII, 3.) — Bourdonnements d'oreilles guéris par une opération nasale, par GREEN. (*Journ. of opht. otol.*, avril.) — Le vertige et les tampons de cérumen, par BOTEY. (*Archivos int. de laring*, n° 2.) — Étiologie de l'otite moyenne, par BORDONI-UFFREDUZZI et GRADENIGO. (*Cent f. Bakteriol.*, VII, n° 17.) — Otite externe hémorragique bulleuse, par ROHRER. (*Arch. intern. de laringol.*, I, n° 1.) — Présence du diplocoque de Zaufal dans l'otite moyenne aiguë et la pneumonie, par SZENES. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 185, 24 février.) — Complications de l'otite moyenne suppurée, par EDGEWORTH. (*Bristol med. chir. journ.*, mars.) — Symptômes cérébraux suite d'otite moyenne, opération sur l'oreille, guérison par SAINSBURY et BATTLE. (*Clin. Soc. of London*, 9 mai.) — Abcès du cervelet consécutif à une otite moyenne, trépanation par LAMARQUE. (*Journ. de méd., Bordeaux*, 20 avril.) — Traitement de la pyémie consécutive aux otites moyennes, non associées à de la thrombose des sinus latéraux, par ARBUTHNOT LANE. (*Brit. med. journ.*, 28 juin.) — Étude des complications intracérébrales, suite d'otite moyenne, par PATTESON. (*Dublin journ. of med. sc.*, juillet.) — Deux cas d'abcès sous-méningé, suite d'affection de l'oreille moyenne, par ARBUTHNOT LANE. (*Brit. med. journ.*, 7 juin.) — Procédés divers pouvant permettre d'établir le diagnostic de la perforation du tympan, par POLITZER. (*Rev. de laryng.*, 15 avril.) — Perforation de la membrane du tympan, par BISSEL. (*Journ. opht. otol.*, avril.) — Perforation traumatique de la fenêtre ovale, par DELSTANCHE. (*Soc. d'otol. belge ; (Ann. mal. de l'or.*, juin.) — De la régénération et de la réformation du tympan, par RUMLER. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, p. 1 et 2.) — Des suppurations des cellules mastoïdiennes, par GRANDHOMME. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — De la trépanation de l'apophyse mastoïde, par SCHULZKE. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, p. 1 et 2.) — Action des cautérisations de l'apophyse, mastoïde, par HICGUET. (*Soc. d'otol. belge; Ann. mal. de l'oreille*, juin.) — Mastoïdite et cautérisation ignée, par LACOARRET. (*Ann. de la polycl., Bordeaux*, janvier.) — Du massage du tympan et des osselets dans le traitement du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, par BRONNER. (*Brit. med. j.*, 24 mai.) — Traitement de quelques variétés de surdité par la mobilisation de l'étrier, par MASINI. (*Boll. mal. dell'orechio*, VIII, n° 3.) — Vapeur de menthol dans les fluxions de la trompe d'Eustache de la sclérose auriculaire, par A. BRONNER; leur inefficacité sur la furonculose de l'oreille, par A. BRONNER, HARTMANN, SZENES. (*Berlin klin. Woch.*, p. 185, 24 février.) — Pathologie de l'attique externe de la caisse du tympan, par POLITZER. (*Soc. de méd. de Vienne*, 3 janvier.) — Du tamponnement désinfectant des oreilles, par LŒWE (*Monast. f. Ohrenh.*, XXIV, p. 6.) — Un cas de nécrose labyrinthique, par WEIL. (*Würtemb. med. Corr. Bl.*, n° 3, 1889.) — Sur des lésions non reconnues du labyrinthe, par OGSTON. (*Lancet*, 19 juillet.) — De la surdité labyrinthique traitée par la pilocarpine, par FIELD. (*Brit. med. journ.*, 17 mai.) — L'organe de l'ouïe dans le tabes, par MORPURGO. (*Arch. f. Ohrenh*, XXX, p. 1 et 2.) — Du vertige labyrinthique par CALL. (*Cincinnati Lancet clinic*, 29 mars.) — Malformation du conduit auditif externe, par EDSALL. (*Times and register*, 19 avril.) — Deux cas d'épithélioma du pavillon de l'oreille, par HAMON DU FOUGERAY. (*Ann. mal. de l'oreille*, avril.) — Sarcome de la cavité tympanique et de l'apophyse mastoïde, par HAUG. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, p. 1 2.)

Orthopédie. — Traité de chirurgie orthopédique, par BRADFORD. (In-8°, 783 p., *New York.*)

Os. — Sur la structure de l'os normal, des lamelles osseuses, par ZACHARIADÈS. (*Soc. de biol.*, 31 mai.) — La clavicule et ses articulations, bourses séreuses des ligaments costo-claviculaire, trapézoïde et conoïde,

par Poirier. (*Journ. de l'anat.*, mars, avril.) — Présentation de préparations osseuses, par Decker. (*Sitz d. phys. med. Ges. Würzburg*, n° 1, p. 12.) — Un cas d'apophyse suscondylienne interne du fémur, par Rossi (*Sperimentale*, juin.) — Du développement des points d'ossification du squelette des membres, par Fagerlund. (*Wien. med. Presse*, n° 5, p. 161.) — Le sternum comme indication du sexe, de la hauteur, de l'âge, par Dwight. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Union irrégulière de la 1re et de la 2e pièce du sternum, par Dwight. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Sur quelques formes d'ostéopathies systématisées, par Thibierge. (*Gaz. hebd. de méd.*, 17 mai.) — Étude sur l'ostéopathie hypertrophiante, par Spillmann et Haushalter. (*Rev. de méd.*, mai.) — Sur les microbes de l'ostéomyélite aiguë infectieuse, par Courmont et Jaboulay. (*Soc. de biol.*, 18 mai.) — Des ostéomyélites à streptocoques, par Lannelongue et Achard. (*Soc. de biol.*, 24 mai.) — Raccourcissement du fémur par inflammation de l'épiphyse, par Young. (*Americ. journ. of med. sc.*, mai.) — Sur deux cas de suppurations osseuses à la suite de fractures non compliquées de plaies ; infection par des microbes puisés dans les premières voies; ostéites suppurées dues au steptocoque pyogène et au pneumocoque, par Netter et Mariage. (*Soc. de biol.*, 7 juin.) — Des déviations osseuses dans l'ostéomylitte aiguë, par Oberst. (*Münch. med. Woch.*, 1 avril, p. 231.)— Disjonction traumatique des épiphyses du membre supérieur, par Tubby. (*Guys' hosp. Rep.*, XLVI.) — Ostéomyélite de l'adolescence. Ostéomyélite prolongée ; graves complications. Amputation de jambe. Guérison, par E. Potherat. (*Revue générale de clinique et de thérap.*, n° 16, p. 249.) — De l'enclavement des séquestres résultant de l'ostéite juxta-épiphysaire de la clavicule, par Sabatier. (4e *congrès de chir.*, *Rev. de chir.*, 1889, p. 924.) — Ostéo-arthrite suppurée traumatique, par Boutaresco. (4e *congrès de chir.*, *Revue de chir.*, 1 889, p. 950.) — Drainage de l'os dans l'ostéomyélite, par Wyeth. (*N. York Acad. of med.*, 14 avril.) — Sur le traitement chirurgical des maladies des os et des articulations, par A. Ceccherelli. (*La Riforma medica*, p. 6, février.) — 27 cas de difformités des membres, traités par le clamp à écrou, par Grattan. (*Brit. med. journ.*, 3 mai.) — 100 cas d'ostéotomie, par Hagyard. (*Lancet*, 14 juin.) — Ostéotomie sous-trochantérienne avec emboîtement et suture du fémur dans une mortaise creusée sur la face postérieure du grand trochanter pour une ankylose à angle droit de la hanche, par Vincent. (*Lyon méd.*, p. 576, 27 avril.)

Ovaire. — Cotribution à l'anatomie de l'ovaire, par Nagel. (*Arch. für Gyn.*, XXXVII, 3.) — Sur les inflammations des ovaires, oophorites, par Slaviansky. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Ovarite aiguë suivie de péritonite suppurée, mort par Clay. (*Lancet*, 21 juin.) — Tumeurs polykystiques des ovaires, par Pic. (*Lyon méd.*, par 132, 26 mai.) — Des papillomes superficiels de l'ovaire ; histogenèse et leur rapport avec des kystomes papillaires à épithélium vibratile, par Frommel. (*Zeit. f. Geburts*, XIX, p. 1.) — Du sarcome de l'ovaire, par Ladouce. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.)— Fibromyome de l'ovaire gauche. Ablation. Mort par péritonite, par Millot-Carpentier. (*Union médicale*, 12 avril.) — Fibro-sarcome de l'ovaire, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 728.) — Sarcome encéphaloïde de l'ovaire gauche inclus dans le ligament large. Laparotomie exploratrice. Mort par embolie 17 jours après, par Braquehaye. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 11 mai.) — Carcinome de l'ovaire avec rétroversion et prolapsus de l'utérus, ovaro-salpingotomie et hystéropexie après avivement utérin, par Thiriar. (*Mercredi méd.*, 16 avril.) — August Martin, de Berlin, et l'ovariotomie, par J. Kelly. (*Glasgow med. journ.*, p. 24, janvier.) — Sur un cas d'ovariotomie pour un petit kyste de l'ovaire enclavé dans le cul-

de-sac de Douglas, par SCHWARTZ. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire pris pour une hypertrophie de la rate, par MUNDÉ. (*New York obst. Soc.*, 18 mars.) — Kyste dermoïde de l'ovaire, par F. CAUTERMAN. (*Annales Soc. de méd. d'Anvers*, p. 25, février.) — Deux cas de laparotomie pour kyste de l'ovaire et folie ovarienne, par W. GOODELL. (*Med. News*, 17 mai.) — Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, ouvert dans la vessie; laparotomie ; guérison, par DUNCAN. (*Lancet*, 12 juillet.) — Kyste ovarien du ligament large, par A. SKENE. (*New York med. Record*, p. 437. 19 avril.) — Kyste ovarique en partie dermoïde, par CARTER. (*Trans. obst. Soc. Londres*, XXXII, p. 1.) — Deux kystes dermoïdes chez la même malade, par CARTER. (*Ibid.*)—Kyste dermoïde, avec double pédicule, péritonite. Oophorectomie pendant la grossesse pour une hystéro-épilepsie, par NELSON. (*Med. News*, 3 mai.) — Réflexions à propos de 200 ovariotomies pour kystes de l'ovaire, par TERRILLON. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Cas d'ovariotomie, par SKENE KEITZ. (*Edinburgh med. journ.*, mars, p. 809.) — Trois observations d'ovariotomie, par LEDRU. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 46.) — 100 ovariotomies à la clinique de gynécologie de Kœnigsberg, par DOHRN. (*Centr. für Gyn.*, 1er mars.) — Ouverture des abcès de la trompe et de l'ovaire par l'ovariotomie, par TERRILLON. (*Bull. méd.*, 19 juin.)

P

Palais. — Notes sur la luette, kyste mucoïde, angiome, par CHIPAULT. (*Rev. mal. de l'enf.*, juillet.) — De l'autoplastie des fentes et fissures du voile sans suture des muscles, par WOLFF. (*Cent. f. Chir.*, 21 juin.) — Sur les troubles de la parole dans les divisions congénitales de la voûte palatine, par CHERVIN. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 917.) — Quelques remarques sur le crochet palatin; son emploi pour le cathétérisme tubaire, par CRESWELL BABER. (*Brit. med. journ.*, 28 juin.)

Paludisme. — De la malaria, par CRAWFORD. (*Indian med. Gaz.*, n° 1.) — Valeur de l'organisme de Laveran dans le diagnostic de la malaria, par OSLER. (*Johns Hopkins hosp. Bull.*, n° 1, 1889-90.) — Sur les fièvres malariennes prédominantes pendant l'été et l'automne à Rome, par CELLI et MARCHIAFAVA. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 2.) — Au sujet de l'hématozoaire du paludisme et de son évolution, par LAVERAN. (*Soc. de biol.*, 21 juin.) — Sur quelques cas d'infection paludique avec formes semi-lunaires, par ANTOLISEI et ANGELINI. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 1.) — Fièvre malarique, par ANTOLISEI et GUALDI. (*Arch. ital. de biol.*, XIII, 2.) — Etudes sur l'infusion malarique, sur la variété parasitaire des corps en croissant de Laveran et sur les fièvres palustres qui en dérivent, par CANALIS. (*Ibid.*) — Sur les fièvres malariques qui prédominent à Rome pendant l'été et l'automne, par CELLI et MARCHIAFAVA. (*Ibid.*) — Sur les parasites de la malaria, par FELETTI et GRASSI. (*Ibid.*) — Parasites malariques chez les oiseaux, par FELETTI et GRASSI. (*Ibid.*) — Etiologie de la fièvre intermittente, par PALTAUF. (*Wiener med. Woch.*, n° 2.) — Considérations sur la classification des parasites de la malaria, par E. ANTOLISEI. (*Riforma medica*, 29 avril.) — Des hématozoaires du paludisme, par LAVERAN. (*Arch. de méd. expér.*, n° 1.) — Etudes sur l'infection malarienne, par CANALIS. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, n° 9.) — Les complications oculaires de la malaria, par de SCHWEINITZ. (*Med. News*, 7 juin.) — Le réflexe rotulien et le clonus du pied dans le paroxysme de

la fièvre paludéenne, par A. Cristiani. (*Riforma medica*, 19 février.) — Des agents infectieux du paludisme, par Luzet. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — De la cachexie palustre, diagnostic différentiel, par de Abreu. (*Brazil med.*, 22 mai.) — Etude sur l'étiologie de l'infection malarienne et des hématozaires de Laveran, par Dock. (*Med. News*, 19 juillet.) — Les hématozoaires du paludisme, par E. Vallin. (*Rev. d'hyg.*, XII, 97, février.) — Hémophilie survenant dans le paludisme, par Koch. (*Brit. med. journ.*, 7 juin.) — Erythème noueux palustre, par Moncorvo. (Broch., *Paris.*) — Sur les caractères chimiques des véritables fièvres à quinquina; loi et traitement préventif des rechutes dans les fièvres intermittentes alluvioniques, par Treille. (*Acad. des sc.*, 19 mai.)

Pancréas. — Etude sur les kystes du pancréas, par Filippow. (*Chirurg. Westnik*, janvier.) — Un cas de kyste pancréatique, par A. Martin. (*Arch. f. pathol. Anat.*, XX, 2.) — Un cas de pancréatite aiguë franche avec remarques sur la signification anatomique et médico-légale des hémorragies du pancréas, par Paul Dittrich. (*Vierteljj. f. gerichtl. Med.*, II, p. 43, janvier.)

Pansement. — Recherche et dosage du mercure à l'état de sublimé dans les étoupes bichlorurées à 1 0/00, par Guillot. (*Journ. de pharm.*, 15 mai.) — Éponges antiseptiques à l'acide phénique, par Rouquet-Boz. (*Bull. Soc. de pharm. Sud-Ouest*, mars.) — De la stérilisation du catgut par la chaleur, par Larochette. (*Lyon méd.*, 1er juin.) — Du catgut chronique résorbable, par Döderlein. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 juillet.) — Des moules de glycérine-gélatine de Cathcart, par Ritschl. (*Cent. f. Chir.*, 10 mai.) — De la suppression du drainage après la réunion des plaies opératoires, par Gross. (*Semaine méd.*, 11 juin.) — Pansement à la charpie stérilisée, par Régnier. (4e *Cong. de chir.; Rev. de chir.*, 1889, p. 908.)

Paralysie. — Sur la paralysie labio-glosso cérébrale à forme pseudo-bulbaire, par Leresche. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Un cas d'hémiplégie spastique réflexe, par Dotto. (*Sicilia med.*, avril.) — Paralysie de Landry, par Godfrey Carter. (*Brit. med. journ.*, 17 mai.) — Des monoplégies brachiales, par Rendu. (*Gaz. des hôp.*, 19 juin.) — Sur l'étiologie de la paralysie infantile, par Joffroy. (*Bull. méd.*, 11 juin.)

Paralysie agitante. — Sur la paralysie agitante, par Borgherini. (*Wiener med. Woch.*) — Maladie de Parkinson et atropine, par O. Morelli. (*Riforma medica*, 27 mars.)

Paralysie générale. — Des difficultés que présente le diagnostic de paralysie générale, par Taty et Belous. (*Lyon méd.*, p. 232, 15 juin.) — Les phénomènes choréiformes dans la paralysie générale, par Petrazzani. (6e *Cong. freniat. ital.*, septembre 1889.) — Paralysie générale compliquée d'aphasie, par Tanner. (*Brain*, n° 49.) — Sur les fibres intra-corticales du cerveau dans la paralysie générale et la démence, par Targowla. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Des troubles oculaires dans la paralysie générale, par Marie. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Traitement chirurgical de la paralysie générale, par Shaw et Cripps. (*Brit. med. Journ.*, 14 juin.)

Parole. — Sur les troubles aphasiques et amnésiques de la parole, par Bastian. (*Lancet*, 31 mai.)

Parotide. — Du sarcome de la parotide, par Rodriguez. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.)

Pathologie. — Manuel de pathologie clinique et pratique, par WYNTER et WETHERED. (*Londres.*) — Précis de diagnostic clinique, par G. KLEMPERER. (*Berlin.*) — Précis d'auscultation, par COIFFIER. (2e édit., *Paris.*)

Paupière. — Restauration des paupières avec la peau de grenouille, par GILLET DE GRANDMONT. (*Soc. d'ophtalm.*, juillet.) — De la restauration des paupières par la greffe cutanée, par BRUN. (*Gaz. hebd. de méd.*, 14 juin.) — De la restauration des paupières par la greffe cutanée, par AMORIN. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Contribution à l'étude du colobome congénital des paupières, par FRICKE. (*Klin. Monatsbl. f. Augenkeilk.*, février.)

Peau. — Manuel des maladies de la peau et des organes sexuels, par EDMOND LESSER. (5e édition, *Leipzig.*) — Notes sur les maladies de la peau, par PYE SMITH. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Méthode simple pour la démonstration des fibres élastiques de la peau, par MIBELLI. (*Monitore zoolog. ital.*, janvier.) — Histologie de la peau de l'éléphant, par SMITH. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Sur le développement du derme, par HEITZMANN. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 4 et 5.) — De l'atrophie du derme, par HEITZMANN. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 4 et 5.) — De la peau lâche, par SEIFFERT. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 3.) — Sur les changements de forme des papilles de la peau sous l'influence des agents purement mécaniques, par PHILIPPSON. (*Arch. f. path. Anat.*, XX, 1.) — Des rapports entre le kolloïd-milium (Wagner), la dégénération, colloïde de la peau (Besnier) et l'hydradénome (Darier-Jacquet), par PHILIPPSON. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, n° 1.) — Des parakératoses en général et d'une nouvelle forme, parakeratosis variegata, par UNNA, SANTI et POLLITZER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 9.) — Pathologie de l'épiderme, par GAMBERINI. (*Journ. ital. delle mal. vener.*, mars.) — Pathogénie de quelques dermites artificielles, par JACQUET. (*Soc. de dermat.*, 8 mai.) — Sur une dermatose buccale congénitale avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales, par HALLOPEAU. (*Ibid.*, 10 avril.) — Dermatite exfoliatrice généralisée, par GÉMY. (*Ibid.*, 10 juillet.) — Un cas de dermatite exfoliatrice, par CASPARY. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 237, 10 mars.) — Un cas de dermatite exfoliatrice primitive généralisée subaiguë, par HAUSHALTER. (*Ann. de dermat.*, I, n° 5.) — Variété fruste de dermatite herpétiforme, éruption urticarienne d'aspect, à extension centrifuge, avec pigmentations consécutives, évoluant par poussées successives, par BROCQ. (*Ibid.*, I, 6.) — Variété fruste de dermatite herpétiforme, par BROCQ. (*Soc. de dermat.*, 12 juin.) — Dermatite herpétiforme, par MOREL-LAVALLÉE. (*Ibid.*) — Troubles divers de la nutrition à la suite de dermatite artificielle, par QUINQUAUD. (*Tribune méd.*, 8 mai.) — Dermatite herpétiforme, trois cas, par STELWAGON. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Sur la pathogénie de la lésion cutanée dans quelques dermatoses vaso-motrices, par JACQUET. (*Ann. de Dermat.*, I, 6.) — Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative chronique et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminées et symétriques, par HALLOPEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 avril.) — Des suppurations par les médicaments dans les maladies de la peau, par VON SEHLEN. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 4.) — De la résorcine et de son emploi dans les maladies de la peau, par DRECKMANN. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 9.) — L'éther comme véhicule dans les maladies de la peau, par SAWYER. (*Lancet*, 12 juillet.) — L'usage et l'action du savon et de l'eau, par RICKETTS. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Valeur dermatologique du sulpholéate de soude, par FOX. (*Ibid.*, mai.) — Traitement de certaines affections cutanées par le sulfate de cuivre, par SOLLES. (*Soc. d'anat. Bordeaux*, 19 mai.) — De l'emploi de

l'hydroxylamine et remarques sur le traitement de Schweninger en dermatologie, par EICHHOFF. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 11.)

Pellagre. — La pellagre, par L. BERGER. (*Wiener klinik*, n° 6.)

Pemphigus. — Un cas de pemphigus, par DUBREUILH. (*Annal. de la policlinique de Bordeaux*, janvier.) — Pemphigus de la muqueuse buccale et de la peau, par EPSTEIN. (*Münch. med. Woch.*, n° 12, p. 228, 18 mars.) — Pemphigus prurigineux, par PIFFARD. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.)

Peptonurie. — Peptonémie et peptonurie expérimentales, par BOULENGIER, DENAEYER et DEVOS. (*Mém. couronnés Acad. de méd., Belgique*, X, 3.)

Péritoine. — Péritonite tuberculeuse aiguë, par TORDEUS. (*Journ. de méd., Bruxelles*, 20 juin.) — Sur l'étiologie de la péritonite, par EUG. FRAENKEL. (*Münch. med. Woch.*, p. 202, 18 mars.) — De la forme acétique de la péritonite tuberculeuse, par Mlle LICHTERMAN. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Péritonite tuberculeuse prise pour une affection des trompes, par MUNDÉ. (*New York obst. Soc.*, 18 mars.) — Des kystes du mésentère et de l'épiploon, par SPENCER WELLS. (*Brit. med. journ.*, 14 juin.) — Déchirure du mésentère, par LANDE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 29 juin.) — Sur un cas de kyste sanguin spontané du péritoine, par DUBUT. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par A. ROUTIER. (*La médecine moderne*, 3 avril.) — Traitement chirurgical de la péritonite, par W. G. WYLIE. (*Amer. Journ. of obst.*, mars.) — Traitement chirurgical de la tuberculose intra-péritonéale, par CZERNY. (*Beit. zur klin. Chir.*, VI, 1.) — Traitement chirurgical de la péritonite, par MIKULICZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 237, 10 mars.) — Traitement chirurgical de la péritonite, par DEMOSTHÈNE. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 895.) — Traitement chirurgical de la péritonite localisée ou généralisée, par GILLE WYLIE. (*New York med. Record*, p. 170, 15 février.) — Du traitement chirurgical des papillomes péritonéaux, par SUTUGIN. (*Cent. f. Gynaek.*, 7 juin.)

Périnée. — Modification de la périnéorraphie d'après Tait, par VON GRÜNWALD. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 août.)

Pharmacologie. — Traité de matière médicale, par W. BERNATZIK et A. E. VOGL. (1re partie, *Vienne.*) — Travaux de l'institut pharmacologique de Dorpat, publiés par R. KOBERT. (Tome IV, *Stuttgart.*) — La pharmacopée aux Etats-Unis, par OSCAR OLDBERG. (*New York med. Record*, p. 57, 18 janvier.) — Eléments de nouvelle pharmacologie rationnelle, par CURCI. (Broch., *Catane.*) — La nouvelle pharmacologie hollandaise, par BOYMOND. (*Journ. de pharm.*, 1er juillet.) — Potions renfermant des médicaments cristallins peu solubles, par CARLES. (*Journ. de pharm.*, 15 juillet.) — De la dose antiseptique et de la dose antipeptique de diverses substances, par FERRANINI. (*Acad. des sc.*, 16 juin.) — Le polarimètre et ses applications à la pharmacie, par WILLIAMS. (*Pharmaceutical Journ.*, avril.) — Etude anatomique des poudres officinales, par COLLIN. (*Journ. de pharm.*, 15 juin.) — Rapport sur la pharmacopée de la morphine et de ses dérivés, par STOCKMAN et DOTT. (*Brit. med. journ.*, 26 juillet.) — Sur le sort de la morphine dans l'organisme animal, par TAUBER. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 4 et 5.) — Du salicylate de cinchonidine, par Mc CALL. (*Med. News*, 26 avril.) — Le principe actif de la digitale, par VILLEJEAN. (*La Médecine moderne*, 3 avril.) — L'huile empyreumatique de café, ou caféone, par REICHERT. (*Med. News*, 3 mai.) — Observations pharmacologiques et cliniques sur la caféine, par FERRARE. (*Progresso med.*, 10 juillet.) — Sur

l'action de la caféine comparée à celle de la kola, par LAPICQUE. (*Soc. de biol.*, 10 mai.) — Sur la préparation de kola et la caféine, par HECKEL. (*Bull. Acad. de méd.*, 22 avril.) — Sur l'action de la kola à propos des effets de la caféine, par HECKEL. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 avril.) — L'action de la caféine sur la circulation, par REICHERT. (*Therap. Gaz.*, mai.) — Catha edulis, par LELOUP. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Le jambul, par EGASSE. (*Bull. gén. de thér.*, 15 juillet.) — Sur l'action physiologique de l'artarine, par GIACOSA. (*Ann. di chim.*, X, 4, et *Arch. ital. de biol.*, XIII, 3.) — Note sur le coquelicot, par HESSE. (*Arch. de pharm.*, XXVIII, p. 7.) — Sur la présence de l'iode dans le fucus vesiculosus et le chondrus crispus, par ITTALLII. (*Arch. der Pharm.*, XXVII, p. 1132.) — De l'aconitine administrée sous forme d'injection hypodermique à certains animaux, par EYMARD. (*Journ. de pharm.*, 15 juillet.) — Le catalpa speciosa, par SCHNECK. (*Med. News*, 7 juin.) — Du chanvre indien, par LAILLER. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Recherches pharmacologiques sur l'hydrastine, la berbérine et leurs dérivés, par MARFORI. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 3.) — Etude sur le groupe pharmacologique de la cocaïne, par POULSSON. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 4 et 5.) — Action de la cocaïne sur la contraction musculaire, par U. MOSSO. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, janvier et février.) — Pharmacologie du curare et de ses alcaloïdes, par TILLIE. (*Journ. of anat.*, juillet.) — De la lobéline, par PASCHKIS et SMITA. (*Pharmac. Post*, XXXIII, p. 371.) — Sur les falsifications de la racine du polygala de Virginie, par FEUILLOUX. (*Journ. de pharm.*, 1er juillet.) — Sur l'euphorbia pilulifera, par WORKMAN. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Pituri et nicotine, par LANGLEY et DICKINSON. (*Journ. of phys.*, XI, 4 et 5.) — Méthode colorimétrique pour doser le tanin dans les écorces, par HINSDALE. (*Pharmac. journ.*, mars.) — Les usages médicinaux des feuilles, par SIMMONDS. (*Americ. Journ. of pharm.*, mars.) — Recherche et dosage de l'amidon, par LECLERC. (*Journ. de pharm.*, 15 juin.) — De la préparation des emplâtres à froid, emplâtre à l'aristol, par CAVAILLÉS. (*Ibid.*, 1er juillet.) — Recherches cliniques sur l'aristol, par SÉGUIER. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Etude sur l'aristol, par FOURNIOUX. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Huile de baleine, de l'hyperoodon rostratum, par GULDBERG. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 10.) — Pharmacologie du groupe camphre, par ALEXANDER-LEWIN. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVII, 3.) — Sur un nouveau phénol chloré, par HUGOUNENQ. (*Journ. de pharm.*, 1er août.) — Observations et expériences sur l'action pharmacologique et thérapeutique du phényl-uréthane, par SANSONI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 2.) — Action physiologique du phénol camphré, par COMBEMALE et FRANÇOIS. (*Cong. soc. sav., Bull. méd.*, 1er juin.) — Préparation de l'acétanilide, par SCHRŒDER. (*Pharm. Zeitung*, XXXV, p. 323.) — Essai de l'acétanilide, par RITSERT. (*Ibid.*, p. 306.) — Antipyrine et ses incompatibles, par STARK. (*Pharm. journ.*, avril.) — Action du sulfonal, par FRANZ. (*Therap. Monat.*, mars.) — Sur le sulfonal, par GILBERT. (*Gaz. hebd. de méd.*, 21 juin.) — Le sulfonal et les sulfones en général, par E. LAMBLING. (*La Médecine moderne*, 27 mars.) — Recherches expérimentales et cliniques sur le monochloral et le bichloral antipyrine, par SOUTAKIS. (*Thèse de Paris*, 26 juin.) — Sur la toxicité du mono- et du bichloral antipyrine, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 21 juin.) — Défaut d'absorption de la naphtaline dans le tube digestif sain, par FUBINI et FAIRMAN. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, 1 et 2.) — De la solubilité du salol camphré dans l'éther, par FRANÇOIS. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 17, p. 267.) — Du salol et de son action sur les reins, par HESSELBACH. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, 12.) — De l'huile éthérée de carotte, par LANDSBERG. (*Arch. der Pharm.*, XXVIII, p. 85.) — Sur la biogénèse de l'hydrogène sulfuré, par DEBRAYE et LEGRAIN. (*Soc. de biol.*, 19 juillet.) — De l'hydrogène phosphoré, par SCHULZ. (*Arch.*

f. exper. Path., XXVII, 4 et 5.) — Du phosphore et de ses préparations, par Yvon. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Recherches expérimentales sur l'action propre et comparative du strontium et de ses sels solubles sur l'organisme, par Laborde. (*Soc. de biol.*, 12 juillet.) — Les effets physiologiques du ferrocyanure de potassium, par Combemale et Dubiquet. (*Bull. gén. de thér.*, 15 mai.) — Sur l'action toxique de l'acide sulfurique et de ses sels, par Pfeiffer. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 4 et 5.) — Sur une action physiologique des sels de thallium, par Blake. (*Acad. des sc.*, 7 juillet.) — De l'action du sublimé sur les différents métaux, par Ernest Maylard. (*Glasgow med. journ.*, p. 203, mars.) — Causes de l'abaissement de la tension artérielle par le mercure, par Haig. (*Brit. med. journ.*, 31 mai.)

Pharynx. — Remarques sur le travail de Poelchen « sur l'anatomie de la muqueuse pharyngienne », par C. Ziem. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXIX, 3.) — Les affections chroniques de la gorge d'origine rhumatismale, par Thorner. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 10 mai.) — Les conditions du pharynx nasal comme indice de maladie, par Hutchinson. (*Med. News*, 24 mai.) — Compte rendu statistique des maladies de l'oreille et de la gorge observées à l'hôpital clinique de Naples 1887 à 1889, par Cozzolino. (*Gazz. med. delle Puglie*, mai.) — 8 cas d'artères pulsatiles volumineuses à la paroi postérieure du pharynx, par Farlow. (*Boston med. Journ.*, 3 juillet.) — Abcès rétro-pharyngé, par Blackader. (*Arch. of pediat.*, VI, n° 62.) — De l'inflammation aiguë de la bourse pharyngée, par Zwillinger. (*Gyogyaszet*, n° 9, et *Pester med. Presse*, n° 10.) — Des végétations adénoïdes, par Seifert. (*Sitz. d. phys. med. Ges., Würzburg*, n° 1, p. 16.) — Hypertrophie des glandes de la base de la langue comme cause de paresthésies dans la pharyngite chronique, par Wagner. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 24 mai.) — Les tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et les laryngites striduleuses, par Ragoneau. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — Des tumeurs adénoïdes chez les adultes, par Raulin. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Un cas de polype naso-pharyngien traité par l'électrolyse, par Capart. (*Soc. d'otol. belge; Ann. mal. de l'oreille*, juin.) — Polype fibro-muqueux du naso-pharynx, par Warden. (*Journ. of laryng.*, juillet.) — Volumineux polype muqueux de la partie laryngée du pharynx, par Lowe. (*Lancet*, 31 mai.) — Résection du maxillaire supérieur pour un polype naso-pharyngien, par Thom. (*Lancet*, 12 juillet.) — Adhérences du voile au pharynx, syphilis, par Lane. (*Harveian Soc. of London*, 15 mai.) — Gangrène du pharynx et du voile du palais, par Samuel Gee. (*St Barth. hosp. rep.*, XXV, p. 75.) — Tentative de suicide : plaies, par instrument tranchant, du pharynx, du larynx et de l'œsophage. Guérison, par Oscar Bernhard. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 195, 15 mars.)

Physiologie. — Technique physiologique sur un rhéographe à transmission, par Laulanié. (*Soc. de biol.*, 17 mai.) — Application nouvelle de la méthode de projection à l'observation des vibrations des flammes manométriques, par Monoyer. (*Lyon méd.*, p. 563, 20 avril.)

Pied. — Le pied humain, forme, structure, fonctions, par Ellis. (*Londres*, 1889.) — Sur les différentes variétés de pied bot, par Gibney. (*Rev. d'orthop.*, n° 4.) — Rapport du pied bot congénital avec l'hydrocéphalie et l'hydrorachis, par Pujol. (*Thèse de Paris*, 17 mai.) — Pied bot congénital varus équin droit, et valgus calcanéen gauche, par Townsend. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 1er mars, p. 318.) — Les travaux récents sur le pied bot, par Romberg. (*Schmidt's Jahrb.*, n° 4.) — Part de défor-

mation qui revient aux os de la jambe dans le pied bot varus équin, par DUBRUEIL. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 4.) — Du pied bot phlébitique, par PAULIN. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — Pied bot talus, par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.*, 6 mai.) — Double pied bot varus congénital traité par l'extirpation de l'astragale et la résection de la partie antérieure du calcanéum, par BERGER. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 55.) — Sur le traitement des pieds bots, par A. SALOMONI. (*Riforma medica*, 14 décembre 1889.) — De la ténotomie dans le pied bot, par YOUNG. (*Americ. Journ. of med. sc.*, avril.) — Pied bot valgus, extirpation de l'astragale et d'une partie du scaphoïde, guérison, par PHOCAS. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 4.) — Traitement du pied bot par la méthode de Phelps, par KIRMISSON. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 953.) — De l'emploi de la force dans certaines formes de pied bot, par REDARD. (*Ibid.*, 1889, p. 954.) — De l'opération de Phelps dans le traitement du pied varus équin, par MOTTA. (*Il policlinico Turin*, I, n° 2.) — Le traitement du pied varus équin, par H. LING TAYLOR. (*New York med. Record*, p. 257, 8 mars.) — Le pied de Madura à sa période de début, par HUNTLY. (*Glasgow med. Journ.*, p. 339, mai.)

Pityriasis. — Pityriasis rubra pilaris, par ELLIOT. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 103, mars.)

Placenta. — Pathogénie du placenta prævia, par SCHRADER. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 1.) — De l'insertion vicieuse du placenta, essai de clinique thérapeutique, par Mlle DYLLION. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Placenta prævia, causes, diagnostic, traitement (3 cas, mères et 2 enfants sauvés), par WENZEL. (*Americ. Journ. of obst.*, mai.) — Placenta prævia chez une primipare âgée, hémorragies répétées, version podalique, mort par anémie vraie, par LOVIOT. (*Soc. obst. de Paris*, 13 mars.) — Un cas de placenta prævia, mort, par BOLLING. (*Med. News*, 19 juillet.) — Traitement des hémorragies puerpérales dues à une insertion vicieuse du placenta (compression intra-utérine par morceaux de glace), par DIRSKA. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 173, 24 février.) — Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prævia, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 18 mai.)

Plaie. — Guide du traitement antiseptique des plaies d'après la méthode usitée dans la clinique de Billroth, par VICTOR VON HACKER. (3e section, *Vienne.*) — Utilisation de l'appareil à faradisation pour la recherche et l'extraction des projectiles situés dans les tissus, par ANNEQUIN. (*Lyon méd.*, p. 158, 1er juin.) — Plaies par arme à feu, par ANNEQUIN. (*Lyon méd.*, p. 52, 11 mai.)

Plèvre. — Etudes bactériologiques et cliniques sur les épanchements pleurétiques, par LÉVY. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 4 et 5.) — Sur la pleurésie à streptocoques, par VIGNALOU. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Du traitement des pleurésies par les lavages intra-pleuraux, par MALTY. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Du traitement fonctionnel de la pleurésie séreuse et de ses indications, par P. FÜRBRINGER. (*Berliner klinik*, fascicule 22e.) — De la pleurésie purulente, par PONCHON. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — De l'empyème métapneumonique, pleurésie purulente pneumococcique à vaste épanchement, par MARCHADIER. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Deux cas d'empyème chronique avec fistules thoraciques infructueusement traités par la thoracoplastie, par AMAT. (*Arch. de méd. mil.*, juin.) — 4 cas de résections costales étendues pour fistules d'empyème, par MIKULICZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 236, 10 mars.) — Traitement de l'empyème, par IMMERMANN. (*Wiener med. Blätter*, n° 16.) — Volumineux empyème fusant à travers le diaphragme et les muscles de l'abdomen, par

MORGAN. (*Lancet*, 19 juillet.) — Empyème double, extirpation de côte des deux côtés du thorax; guérison, par MORGAN. (*Lancet*, 19 juillet.) — Traitement et prophylaxie de la pleurésie purulente, par BARIÉ. (*Revue de clinique et de thérapeutique*, n° 26, p. 411.) — Du traitement chirurgical de la pleurésie purulente, par E. SCHWARTZ. (*Ibid.*, n° 17, p. 261.) — Sur le traitement chirurgical de la tuberculose de la plèvre et du poumon, par TILLMANNS. (*Brit. med. journ.*, 14 juin.)

Poil. — Etudes sur l'hypertrichose, par GEYL. (*Monat. f. prakt. Dermat. Ergänzungsheft*, 1.) — Aplasie moniliforme des cheveux, par HALLOPEAU. (*Soc. de Dermat.*, 8 mai.) — Folliculite ecthymateuse chancriforme, par FOURNIER. (*Ibid.*, 10 avril.) — Sur un cas d'aplasie moniliforme des cheveux, par HALLOPEAU et LEFÈVRE. (*Ibid.*, 10 avril.) — De l'aplasie moniliforme des cheveux et des poils, par HALLOPEAU. (*Bull. méd.*, 1er juin.) — Note sur un cas de cheveux moniliformes, par ARCHAMBAULT. (*Ann. de dermat.*, I, n° 5.) — De la folliculite microbienne tonsurante du cuir chevelu, par MINIER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 17 mai.) — Alopécie areata, par MORROW. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 140, avril.) — Sur un cas d'alopécie congénitale, par DE MOLÈNES. (*Ann. de dermat.*, I, n° 7.)

Poumon. — L'anatomie du thorax et des poumons pour le diagnostic des maladies de ces régions, par ROOSEVELT. (*New York med. Record*, p. 201, 22 février.) — Pathologie et thérapeutique des maladies de l'appareil respiratoire, par ALBERT FRAENKEL. Tome Ier, diagnostic et symptomatologie générale des affections du poumon. (*Vienne.*) — De la congestion pulmonaire idiopathique, par TOURNIER. (*Rev. de clinique et de thérap.*, n° 25, p. 393.) — Rupture du poumon droit, du foie et du rein sans lésion des parois thoracique et abdominale, par WHARRY. (*Brit. med. journ.*, 14 juin.) — Abcès du poumon, opération, mort, par LEDIARD. (*Lancet*, 3 mai.) — Considérations séméiologiques sur un cas de caverne pulmonaire, par DASARA-CAO. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 1.) — De l'étiologie de la pneumonie aiguë, par BANTI. (*Sperimentale*, avril.) — Pneumonie et grossesse, par FRAIGNIAUD. (*Union médicale*, 22 février.) — Etude sur la pneumonie fibrineuse, par TCHISSOVITCH. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 5.) — Contribution à la localisation du diplocoque de la pneumonie, par P. ORTMANN et O. SAMTER. (*Arch. f. pathol. Anat.*, XX, 1.) — Etude de quelques localisations du virus de la pneumonie (périarthrite, endocardite et méningite), par GABBI et PURITZ. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 5.) — Des déterminations pneumococciques pulmonaires sans pneumonie, par DUFLOCQ et MÉNÉTRIER. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Des déterminations pneumococciques pulmonaires sans pneumonie. Bronchite capillaire à pneumocoques chez les phtisiques, par DUFLOCQ et MÉNÉTRIER. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — De la pneumonie avec streptocoques, par LUCATELLO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 2.) — Sur une complication très rare de la pneumonie fibrineuse, contribution à l'étude des localisations secondaires du pneumocoque, par A. TESTI. (*Riforma medica*, 3 décembre 1889.) — Contribution à l'étude de l'infection pneumonique congénitale, par A. VITI. (*Ibid.*, 26 avril.) — Sur les pneumonies dominantes (épidémie de pneumonies infectieuses, probablement à streptocoques, observée à Gênes en mars 1890, par E. MARAGLIANO. (*Ibid.*, 2 avril.) — De la spléno-pneumonie, par BARTH. (*Gaz. méd. Paris*, 10 mai.) — Pneumonie infectante, endocardite tricuspidienne pneumococcique, par DEBOSC. (*Gaz. des hôp.*, 10 juin.) — Cas rare de pneumonie, par HERBERT. (*Lancet*, 17 mai.) — Pneumonie des vieillards. Cirrhose hypertrophique latente. Considérations cliniques, par ROBIN et TESSIER. (*Gaz. méd. Paris*, 17 mai.) — Sur l'adénopathie trachéo-bronchique de la pneumonie, par CARASCO.

(*Thèse de Paris*, 28 mai.) — L'oxygène en inhalations dans la pneumonie, par CHAMBERS. (*Lancet*, 24 mai.) — Traitement de la pneumonie aiguë, en particulier par les applications de glace, par GOODHART. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Du choix des expectorants et des anticatarrhaux dans les maladies des voies aériennes, par Ch. LIÉGEOIS. (*Rev. de clinique et de thérap.*, n° 16.) — Contribution à la pathologie et à la thérapeutique de la pneumonie croupale, par HERZ. (*Wiener med. Woch.*, n° 13.) — Du pneumothorax aigu par plaie pénétrante de la poitrine, par WITZEL. (*Cent. f. Chir.*, 12 juillet.) — Ostéosarcome des poumons, par KOZLOWSKI. (*Progrès méd.*, 15 mars.)

Prostate. — Choix des cathéters et instruments pour l'hypertrophie prostatique, par HARRISON. (*Brit. med. journ.*, 17 mai.) — Ischurie dans un cas d'hypertrophie de la prostate, cautérisation thermo-galvanique, guérison, par ROTH. (*Boll. de clinîche*, janvier.)

Prurit. — Prurit et urtication, par JACQUET. (*Soc. de dermat.*, 10 juillet.) — Quelques cas de prurit simple, par DELIGNY. (*Union médicale*, 29 mars.)

Psilosis. — Psilosis de la langue et des muqueuses de l'intestin, par THIN. (*Brit. med. journ.*, 14 juin.)

Psoriasis. — Du psoriasis, par REYNOLDS. (*Med. News*, 19 avril.) — Anatomie pathologique du psoriasis, par KROMAYER. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 4 et 5.)

Psorospermose. — Sur les nouvelles psorospermoses chez l'homme, par MALASSEZ. (*Arch. de méd. expér.*, n° 2.) — Des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer, par WICKHAM. (*Thèse de Paris*, 4 juin.) — Au sujet de la note de Darier à propos d'un nouveau cas de psorospermose folliculaire, par TÖRÖK et TOMMASOLI. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 5.) — Psorospermie en rapport avec la formation de tumeurs, par SIBLEY. (*Path. Soc. of London*, 20 mai.)

Psychologie. — Les processus psychophysiques dans l'attention, par SULLY. (*Brain*, n° 50.) — Mécanisme physiologique ou psychologique de l'attention, par J. SULLY. (*Brain*, p. 145, juillet.) — L'automatisme psychologique, par LALANDE. (*Rev. de l'hypnot.*, 1er juin.) — Sensation, plaisir et douleur, par PAYOT. (*Rev. philos. de la France*, XV, 5.) — Les lois psychologiques, d'après Paulhan, par DE SARLO. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 1 et 2.) — La psychologie dans ses rapports avec les récentes notions sur l'anatomie et la psychologie du cerveau, par BIANCHI. (6e *Cong. Soc. freniat.*,8 septembre 1889.) — De la perception inconsciente, par ONANOFF. (*Arch. de neurol.*, mai.) — Note sur le temps d'association sur les conditions qui le font varier et sur les quelques conséquences de ses variations, par FÉRÉ. (*Gaz. méd. Paris*, 3 mai.) — Quelques faits relatifs à une particularité de la mémoire, inhibition exercée par certaines images visuelles sur d'autres images visuelles, par DUVAL. (*Soc. de biol.*, 24 mai.)

Psychose. — Contribution à l'étude des psychoses dégénératrices, par GRIMALDS. (*Il manicomio mod.*, V, n° 3.) — Relations de l'albuminurie avec les psychoses. Un nouveau cas de folie brightique, par RAYMOND. (*Gaz. méd.*, *Paris*, 21 juin.) — Etude des hallucinations unilatérales, par SEPPILLI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 1 et 2.) — Lès hallucinations motrices, par TAMBURINI. (*Rev. scientif.*, 10 mai.) — Agoraphobie et autres manifesta-

tions craintives analogues, par SUCKLING. (*Americ. journ. of med. sc.*, mai.)

Ptomaïne. — De l'influence perturbatrice apportée par les ptomaïnes dans les résultats de l'expérimentation physiologique en toxicologie (recherche de la vératrine), par G. POUCHET. (*Annales d'hyg.*, XXIII, 188, février.) — Contribution à l'étude des ptomaïnes, par ŒSCHNER DE CONINCK. (*Acad. des sc.*, 23 juin.) — L'immunité par les leucomaïnes, par E. GÜELL Y BACIGALUPI. (In-8°, *Paris*, 1889.)

Puerpéral (Etat). — L'infection puerpérale, par CHANTEMESSE. (*Progrès médical*, 29 mars.) — De la forme couenneuse ou pseudo-membraneuse de l'infection puerpérale, par PÉRAIRE. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né, et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale, par ALLARD. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — La phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale, par LEBLOND. (*Gaz. des hôp.*, 12 juillet.) — Sur la nature de l'infection puerpérale, par WALLICH. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Recherches bactériologiques dans quelques cas d'infection puerpérale, par P. HAUSHALTER. (*Rev. méd. de l'Est*, nos 6, 7, 8.) — Traitement des accidents septiques de l'état puerpéral, par HARD. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive, par AUDEBERT. (*Thèse de Bordeaux*, 25 juin.)

Purpura. — Du purpura alcoolique, par POIRRIER. (*Thèse de Paris*, 26 juin.) — Un cas de purpura hemorragica syphilitique, par CORSINI. (*Sicilia med.*, avril.) — Des causes du purpura, par POTAIN. (*Bull. méd.*, 13 juillet.) — Un cas de purpura à la ménopause, par A. LŒBEL. (*Centr. für Gyn.*, 22 février.)

Q

Quinine. — Cécité par intoxication quinique, par TIFFANY. (*Rev. gén. d'opht.*, 30 avril.)

R

Rachis. — Rôle de la notocorde et développement du disque intervertébral chez le mouton, par CARLIER. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Disposition de la colonne vertébrale dans la position de pendaison et de balancement, par CAGNEY. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Pathologie et traitement des déviations du rachis, par LUDWIG SEEGER. (*Vienne.*) — Genèse et traitement de la scoliose, par H. WOLFERMANN et CHR. C. BÖCKLE. (*Stuttgart.*) — Scoliose suite de sciatique, par GORHAN. (*Wiener klin. Woch.*, 12 juin.) — Traitement des déviations scolaires, par GILLET. (*Revue de clinique et de thérap.*, n° 23, p. 366.) — Opération pour un cas de compression spinale, par WYETH. (*N. York Acad. of med.*, 14 avril.) — De la myélite par compression dans la carie des vertèbres, par SCHMAUS. (*Wiesbad.*) — Exostoses multiples du rachis, compression de la moelle, par CHATIN. (*Lyon méd.*, p. 131, 25 mai.) — Saillie angulaire, paraplégie rapide, laminec-

tomie, guérison, par ARBUTHNOT LANE. (*Lancet*, 5 juillet.) — De la trépanation rachidienne, par CHIPAULT. (*Gaz. des hôp.*, 2 août.) — De l'ostéite tuberculeuse de l'articulation atloïdo-occipitale, par BERGMANN. (*Samml. klin. Vorträge*, nouvelle série, n° 1.) — Nécrose du coccyx, par DUNN. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — De l'importance des relations de la colonne vertébrale avec les parois thoraciques et abdominales, au point de vue du traitement des courbures antéro-postérieures du rachis, par WEIGEL. (*Buffalo med. journ.*, février, p. 393.) — Une tumeur congénitale enkystée de la région coccygienne, par TORNGREN. (*Finiska läkar. Handlingar*, XXXII, 6.) — Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, par COUDÈRE. (*Thèse de Paris*, 22 mai.)

Rage. — La mortalité par la rage en Angleterre, de 1837 à 1888, par DOLAN. (*Provinc. med. journ.*, n° 99.) — Recherches sur la rage, par L. de BLASI et RUSSO-TRAVALI. (*Riforma medica*, 24 janvier.) — Un cas de rage de 7 mois et demi d'incubation, par LOPEZ. (*Cron. med. quir. de la Habana*, n° 15 ; 1889.) — De la rage, par BLUMBERG. (*Cent. f. Bakteriol.*, VII, 24.) — La rage à Lyon et dans le département du Rhône, par GALTIER. (*Lyon méd.*, 4 mai.) — Modes de transmission de la rage, par GALTIER. (*Lyon med.*, 20 avril.) — Sur la virulence des capsules surrénales du lapin rabique, par G. BOMBICCI. (*Riforma medica*, 5 avril.)

Rate. — Atrophie extrême de la rate sans signes pendant la vie, par SAVILL. (*Lancet*, 26 juillet.) — De la tuméfaction aiguë de la rate dans les maladies infectieuses, par MARTINOTTI et BARBACCI. (*Cent. f. allg. Pathol.*, I, n° 2.) — Deux cas de déchirure de la rate, par LANDE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 29 juin.) — Un cas d'extirpation de la rate pour hypertrophie, par METZGES. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 1.)

Rectum. — Blessure du rectum produite par le canon d'un fusil Gras, péritonite, abcès des creux ischio-rectaux, guérison, par ANDRÉ. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Rectocèle, causes et traitement, par EMMET. (*Americ journ. of obst.*, juillet.) — Nouvelle opération pour le prolapsus du rectum, par MC LEOD. (*Lancet*, 19 juillet.) — Traitement combiné pour la cure des chutes volumineuses du rectum, par SCHWARTZ. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 930.) — Diverticule du rectum. Opération, guérison, par TERRIER. (*Ibid.*, 1889, p. 929.) — De la colopexie dans le traitement des prolapsus graves du rectum, par CHAMAYAN. (*Thèse de Paris*, 29 mai.) — Rétrécissement du rectum, obstruction intestinale, colotomie inguinale, par KELSEY. (*Med. News*, 26 avril). — Rétrécissement d'origine inflammatoire du rectum traité par l'électrolyse, par LECERF. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 100.) — Rétrécissement du rectum, obstruction intestinale, colotomie inguinale, par C. KELSEY. (*Med. News*, 26 avril.) — Epithélioma du rectum, excision, par NORTON. (*Clin. Soc. of London*, 9 mai.) — Cancer du rectum, traitement, par H. CRIPPS. (*Londres.*) — Traitement des cancers du rectum par la méthode sacrée, par AUBERT. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — De l'extirpation du rectum par la voie sacrée, par BŒCKEL. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er mai.)

Rein. — De la fonction rénale, par BERGERET-JEANNET. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — De la néphrite pneumonique, par CAUSSADE. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Quelques considérations sur trois cas de néphrite, par G. BASSI. (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 6, p. 281.) — Encéphalite et mal de Bright, par VÈNE. (*Lyon méd.*, 1er juin.) — Attitudes cataleptiques chez un brightique délirant, par BRISSAUD et LAMY. (*Gaz. hebd. de méd.*, 3 août.) — Cicatrices rénales brightiques et cicatrices expérimentales, par BASSI. (*Soc. méd. chir. Modène*, 25 avril.) — Traitement du mal de Bright

chronique, par SENATOR. (*Wiener med. Blätt.*, n° 18.) — Traitement de la maladie de Bright chronique, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 30 juillet.) — — Des reins palpables (mobiles), par L. KUTTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 avril.) — Sur un cas d'insuffisance rénale, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 11 mai.) — De l'insuffisance rénale et de son traitement, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. méd.*, 28 mai.) — De l'urémie et de l'état du cœur dans la néphrite compliquant le cancer de l'utérus, par Mlle WARCHAVSKAIA. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Symptômes et traitement du rein tuberculeux, par GUILLAUD. (*Thèse de Lyon*, n° 523.) — L'épithéliome rénal, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 25 février.) — Epithélioma du rein, infection, mort. Le ballottement et l'hématurie comme signes diagnostiques, par J. ALBARRAN. (*Bull. Soc. anat.*, 21 février, p. 111.) — Ganglion sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer de la capsule surrénale avec propagation au canal thoracique et lymphangite pulmonaire généralisée, par TROISIER. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 mars.) — Recherches expérimentales et critiques sur la toxicité de la substance des capsules surrénales, par ALEZAIS et ARNAUD. (*Marseille méd.*, nos 1, 2 et 4.) — Rein unique, par BIRMINGHAM. (*Dublin journ. of med. sc.*, juillet.) — La chirurgie des reins, par THORNSTON. (In-8°, *Londres.*) — Sur les plaies du rein, par HERZOG. (*Münch. med. Woch.*, 18 mars.) — Greffe de l'uretère à la peau du flanc pratiquée chez une femme qui avait de l'anurie depuis plusieurs jours, par LE DENTU. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 932.) — Rein flottant et néphrorraphie, par TUFFIER. (*Ibid.*, 1889, p. 952.) — Rein flottant et néphorraphie, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai.) — Des incisions du parenchyme rénal, leur réunion par première intention, par TUFFIER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 avril.) — La capsule adipeuse du rein au point de vue chirurgical, par TUFFIER. (*Rev. de chir.*, mai.) — Calcul rénal, noyau formé par un corps étranger, pointe d'épingle, par FRANKS. (*Brit. med. journ.*, 5 juillet.) — Diagnostic précoce des tumeurs malignes du rein, par GUYON. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, juin.) — Fibrolipome de la capsule adipeuse du rein, par EISEILBERG. (*Wiener klin. Woch.*, 5 juin.) — Sur un cas de fibrolipome de la capsule cellulo-adipeuse du rein qui a nécessité la laparotomie et la néphrectomie, par THIRIAR. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 936.) — Observations de néphrolithotomie, par KEETLEY. (*Brit. med. journ.*, p. 147, juillet.) — Technique opératoire de la néphrotomie, par ALBARRAN. (*Ann. mal. org .gén.-urin.*, juillet.) — De la réunion immédiate du rein dans la néphro-lithotomie, par LE DENTU. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 935.) — De la néphro-lithotomie, par KEYES. (*New York med. Record*, p. 141, 8 février.) — Observation de néphro-lithotomie, un cas d'extirpation, par la région lombaire, de l'extrémité inférieure du rein gauche broyée dans un accident de chemin de fer, par KEETLEY. (*Brit. med. journ.*, 19 juillet.) — Rein scrofuleux, néphrotomie suivie de néphrectomie, guérison, par WHIPPLE. (*Lancet*, 17 mai.) — Calcul rénal, néphrectomie neuf ans auparavant, inclusion du calcul dans l'uretère de l'autre rein, ictère, mort, par MOTT. (*Lancet*, 26 juillet.) — Kyste développé dans la capsule du rein gauche, néphrectomie, légère pleurésie consécutive, guérison, par MALHERBE. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, mai.) — Un cas de laparotomie pour des kystes du rein, par KOSCHKAROFF. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 avril.) — Hydronéphrose double, par VILLARD. (*Lyon méd.*, p. 201, 8 juin.) — Pyonéphrose, néphrectomie, guérison, par NICOLAYSEN. (*Norsk. mag. f. Lœgevid.*, mars.) — Pyélonéphrite suppurée à droite, néphrite catarrhale à gauche, néphrectomie; guérison, par L. DESGUIN. (*Ann. Soc. de méd. Anvers*, p. 11, janvier.) — Quatre observations de néphrectomie, par MONOD. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 934.) — Néphrectomie avec persistance de la perméabilité de l'uretère, par DESNOS. (*Ibid.*, 1889, p. 935.) — Grand kyste séreux du rein gauche, ablation du rein, guérison, par TERRIER. (*Rev. de chir.*, juillet.)

— Néphrectomie pour un myo-sarcome du rein, par J. EASTMANN. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 19 avril, p. 589.) — La question de l'extirpation partielle du rein, par KÜMMELL. (*Cent. f. Chir.*, 3 mai.)

Résection. — Extirpation de la clavicule, par MURRAY. (*N. York surg. Soc.*, 26 février.) — Des résultats de la résection du coude pour ankylose, par DUZÉA. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 950.) — Deux cas de résection du coude, par MORRIS. (*Lancet*, 2 août.) — De la réunion primitive après la résection de la hanche tuberculeuse, par POLLARD. (*Med. chir. trans.*, LXXII, p. 111.) — Résection de la hanche dans la coxo-tuberculose, par PICQUÉ. (*Rev. d'orthop.*, n° 4.) — Résection orthopédique de la hanche pour une luxation pathologique, par LAGRANGE. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 132.) — Résection de la hanche avec conservation des mouvements, par VINCENT. (*Lyon méd.*, p. 598, 27 avril.) — Résection complète de l'os iliaque du côté droit pour chondrosarcome, par ROUX. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 924.) — Des résultats de la résection tibiotarsienne par la méthode d'Ollier, ablation préalable de l'astragale, par TROUILLET. (*Gaz. des hôp.*, 26 juillet.) — La résection ostéoplastique du pied d'après la méthode de MIKULICZ. (*Münch. med. Woch.*, p. 202, 18 mars.)

Respiration. — Sur la respiration pulmonaire, par BOHR. (*Bull. Acad. roy. danoise des sc. et lettres*, 1889.) — Chimie de la respiration chez le cheval au repos et pendant le travail, par ZUNTZ et LEHMANN. (*Journ. of phys.*, XI, 4 et 5.) — De la toxicité de l'air expiré, par LEHMAN et JESSEN. (*Arch. f. Hyg.*, X, 3.) — De la mesure des combustions respiratoires chez les oiseaux, par RICHET. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Recherches expérimentales sur les dyspnées réflexes d'origine cardio-aortique, troubles des mouvements respiratoires, par FRANÇOIS-FRANCK. (*Ibid.*, n° 3.) — Recherches expérimentales sur le spasme bronchique et vasopulmonaire dans les irritations cardio-aortiques, dyspnées réflexes, par FRANÇOIS-FRANCK. (*Ibib.*, n° 3.) — Sur un oxygénographe à écoulement donnant la mesure et l'expression graphique de la consommation de l'oxygène dans la respiration des animaux, par LAULANIÉ. (*Ibid.*, n° 3.) — De la respiration de Cheyne-Stokes, par DIXON MANN. (*Brain*, n° 50.)

Réflexe. — Mécanisme physiologique du phénomène réflexe tendineux, par WALLER. (*Journ. of phys.*, XI, 4 et 5.)

Rétine. — Interférence rétinienne, par CHARPENTIER. (*Soc. de biol.*, 10 mai.) — Des altérations consécutives aux hémorragies de la rétine, par MASSELON. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Traitement du décollement de la rétine, par ABADIE. (*Ibid.*, 5 mai.) — Intervention chirurgicale dans les cyclites et les décollements de la rétine, par GALEZOWSKI. (*Ibid.*) — Névrite rhumatismale et névro-rétinite, par MAGNAMARA. (*Brit. med. journ.*, 3 mai.) — Embolie d'une branche de l'artère centrale de la rétine, visible à l'ophtalmoscope, disparition de l'embolie et guérison presque complète par le massage et le nitrite d'amyle, par GIFFORD. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 12 avril, p. 527.) — Du myome du corps ciliaire, par LAGRANGE. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 4 mai.) — Deux cas de glio-sarcome de la rétine, par SOCOR. (*Bull. de la Soc. méd. de Jassy*, III, n° 5.)

Rhumatisme.—Observation sur le rhumatisme aigu, par BELL. (*Lancet*, 5 juillet.) — Rhumatisme aigu, pneumonie, hyperpyrexie, bains, guérison, par SAINSBURY (*Lancet*, 31 mai.) — Péricardite rhumatismale avec délire, par FINLAY. (*Clin. Soc. of London*, 25 avril.) — Rhumatisme puerpéral, par SMITH. (*Americ. journ. of obst.*, mai.) — Sur la pathogénie du rhumatisme articulaire chronique, par CRÈVECŒUR. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — De quelques symp-

tômes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses, par Cousin. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Sur les troubles trophiques de la peau et de ses dépendances dans le rhumatisme articulaire chronique, par d'Hotel. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Rhumatisme articulaire chronique déformant avec atrophie musculaire considérable chez une fille de 17 ans, ayant débuté dans l'enfance vers l'âge de 8 ans, par Weill. (*Nouvelle iconog. de la Salpêtrière*, n° 1, p. 16.) — Sur les nodosités sous-cutanées rhumatismales, par Bar. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — Sur l'origine embolique des nodosités éphémères du rhumatisme, par Nepveu. (*Soc. de biol.*, 8 juin.) — Rhumatisme spinal, par Galliard. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Les nouveautés sur le traitement du rhumatisme, par Hirsch. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3, p. 46.) — Traitement du rhumatisme aigu et blennorragique par la phénacétine à haute dose, par Rifat. (*Bull. gén. de thér.* 15 mai.) — La salicine comparée au salicylate de soude pour l'excrétion de l'acide urique, leur valeur dans le rhumatisme, causes de la maladie, par Haig. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 22 avril.)

Roséole. — Note sur une petite épidémie de roséole, par Coriveaud. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 29 juin.)

Rougeole. — Incubation de la rougeole, sa durée, sa prophylaxie, par Gillet. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, n° 17, p. 259.) — Cowpérite suite de rougeole, par Rona. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 3.) — Rougeole dans la grossesse, par Rüter. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 juin.) — Nouveaux cas de rougeole traités par les bains froids, par Dieulafoy. (*Mercredi méd.*, 25 juin.) — Du salicylate de soude contre la rougeole et la scarlatine, traitement de Lister comme moyen abortif de l'érysipèle, par B. Saggio. (*Morgagni*, février.)

Rubéole. — La rubéole en 1890, par Lazard. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.)

S

Salive. — Les nerfs sensibles de la langue sont-ils associés par la sensibilité récurrente dans leur action réflexe sur la sécrétion salivaire, par Wertheimer. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Sur l'oxygène actif contenu dans la salive, par E. Hardy. (*La Médecine moderne*, 10 avril.) — Un cas anormal de calcul salivaire, par Owen. (*Lancet*, 12 juillet.)

Sang. — La morphologie et le développement du sang, par Edington. (*Brit. med. j.*, 31 mai.) — Déformations globulaires et flagellaires des globules du sang sous l'influence de la chaleur, par Talamon. (*Soc. méd. des hôpit.*, 28 février.) — Sur la propriété qu'ont certains sels de fer et certains sels métalliques pesants d'empêcher la coagulation du sang, par Gaglio. (*Bull. d. sc. med.*, *Bol.*, série VII, vol. I, et *Arch. ital. de biol.*, XIII, p. 3.) — Sur des produits particuliers de l'évolution de l'hémoglobine (hématocytes), par A. P. Focker. (*Arch. f. pathol. anat.*, CXIX, p. 2.) — Les globules rouges contractiles, par de Giovanni. (*Gaz. med. Lombard.*, mai.) — Modification des hématies d'oiseau par la dessiccation, par Grigorescu. (*Soc. de biol.*, 21 juin.) — Des hématozoaires voisins de ceux du paludisme observés chez les oiseaux, par Laveran. (*Soc. de biol.*, 5 juillet.) — Procédé technique d'examen des noyaux des globules blancs, par Mayet. (*Lyon méd.*, 11 mai.) — Sur le pouvoir glycolytique du sang et du chyle, par Lé-

PINE et BARRAL. (*Acad. des sc.*, 23 juin.) — Sur les propriétés chimiotactiques des leucocytes, par GABRITCHEVSKY. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, n° 6.)— Dosage exact de l'acide carbonique contenu dans les muscles et dans le sang, par GRÉHANT. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Sur les combinaisons de l'hémoglobine avec l'oxygène, par BOHR. (*Acad. des sc.*, 21 juillet.) — L'influence de certains sels sur la coagulation, par RINGER et SAINSBURY. (*Journ. of phys.*, XI, 4 et 5.) — La perméabilité des corpuscules rouges du sang en relation avec les coefficients isotomiques, par HAMBURGER. (*Zeit. f. Biol.*, XXVI, p. 414.) — Mouvement du sang dans les artères de l'homme, par J. HOORWEG. (*Arch. für die ges. Phys.*, XLVI, p. 115.) — Note au mémoire de Hoorweg, sur le mouvement du sang dans les artères. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Du temps nécessaire pour remplir de sang un membre anémié ; de la vitesse relative du sang, par THOMAS. (*Soc. de biol.*, 19 juillet.) — Sur la régénération du sang après saignée chez l'embryon, par LAGUESSE. (*Soc. de biol.*, 14 juin.) — Sur la richesse du sang en globules et en hémoglobine chez les enfants nouveau-nés et les nourrissons, dans les conditions normales et pathologiques, par E. SCHIFF. (*Zeitschrift für Heilkunde*, XI, n° 1, p. 17.) — Sur les modifications dégénératives des globules rouges, par E. MARAGLIANO et P. CASTELLINO. (*Riforma medica*, 6 mai.) — De l'hyperglobulie physiologique des pays chauds, par MARESTANG. (*Rev. de méd.*, juin.) — Des altérations post mortem du sang, par F. FALK. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LII, 215, avril.) — Des maladies du sang sous leurs diverses formes : scorbut, purpura, érythème, hémophylie, etc., par KOCH. (In-8°, *Stuttgard*, 1889.)

Saturnisme. — Rapport sur les empoisonnements par le plomb, par l'eau potable dans le Yorkshire. (*Brit. med. journ.*, 26 avril.) — Paralysie du deltoïde chez un malade atteint de paralysie saturnine, électricité, conservation de la réaction musculaire, par BUZZARD. (*Brain*, n° 50.) — Paralysie complète de la 3e paire droite chez un malade atteint de paralysie saturnine; guérison par les courants galvaniques, par BUZZARD. (*Brain*, n° 50.)

Scarlatine. — Scarlatine fruste suivie de mort, par VINSAC. (*Gaz. des hôp.*, 8 juillet.) — Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diphtérique de la scarlatine, par WURTZ et BOURGES. (*Arch. de méd. exp.*, n° 3.) — De la démangeaison dans la scarlatine, par SAINT-PHILIPPE. (*Rev. mens. mal. de l'enfance*, février.)—Scarlatine, rougeole et diphtérie survenant simultanément, par TAYLOR. (*Lancet*, 2 août.) — Etiologie et formes cliniques de la néphrite scarlatineuse, par GOODALL. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Cirrhose post-scarlatineuse des reins chez une fillette de 12 ans, par HANDFORD. (*Path. Soc. of London*, 20 mai.) — Antisepsie médicale et scarlatine, par HUTINEL et DESCHAMPS. (*Bull. méd.*, 29 juin.)

Sclérodermie. — Des myopathies dans la sclérodermie, par ROBERT. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Scorbut. — Étude du scorbut, par PETIT. (*Thèse de Paris*, 3 juillet.)

Scrofule.—Scrofuloderme phlegmoneux, par FULLER. (*Journ. of cutan. dis.* p. 227, juin.)

Sécrétion. — Sur l'action locale des sécrétions accélérées ou ralenties, par SCHUTZ. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVII, 3.)

Sommeil. — Cause et traitement de l'insomnie, par MAUREL SYMPSON. (*St Barth. hosp. Rep.*, XXV, p. 151; 1889.) — Leçons sur le sommeil, les insomnies et les somnifères, par G. SÉE. (*La Médecine moderne*, 27 février.)

Spectre. — Des rapports entre les spectres des éléments et leurs actions biologiques, par Blake. (*Soc. de biol.*, 5 juillet.)

Spina-bifida. — Traitement opératoire du spina-bifida, par P. Hurd. (*Therapeutic gaz.*, octobre 1889.)

Stérilité. — La question de la stérilité, par Lier et Ascher. (*Zeit. f. Geburts.*, XVIII, 2.)

Strabisme. — De l'antagonisme des champs visuels dans l'opération du strabisme, par Reymond. (*Il policlinico, Turin,* I, n° 1.) — Champ visuel des strabiques, par Hirschberger. (*Münch. med. Wochenschrift*, p. 179, 11 mars.) — Des troubles musculaires du strabisme concomitant, par de Paula. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Sucre. — Influence des alcalins sur la glycogénie hépatique, par Dufourt. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Sur le glycogène des néoplasmes pathologiques et des membranes de l'œuf humain, par Th. Langhans. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXX, *Heft*, 1.) — La formation du sucre dans l'économie, par J. Seegen. (*Berlin.*)

Suppuration. — De la fièvre de suppuration ; ses origines, ses symptômes, par H. Stark. (*New York med. Record*, p. 114, 1er février.)

Surdi-mutité. — Recherches anatomo-pathologiques sur l'organe de l'ouie chez les sourds-muets, par Mygind. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, 1 et 2.)

Syphilis. — La syphilis aujourd'hui et chez les anciens, par Buret. (In-18 257 p. *Paris.*) — Les anciens écrits sur la syphylis, par Lesser. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, p. 4 et 5.) — Syphilis ; contagion médiate, par Dubois-Haventh. (*Presse méd. belge*, n° 9.) — De l'infection syphilitique extra-génitale, par Von Broich. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, p. 4 et 5.) — Des chancres extra-génitaux, par Neumann. (*Soc. de méd. de Vienne*, 17 janv.) — Modes peu ordinaires d'infection par la syphilis, par Taylor. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Syphilis communiquée par un mari à sa femme 4 ans et 9 mois après le début de l'accident primitif, par Mauriac. (*Soc. de dermat.*, 10 juillet.) — De la syphilis héréditaire en rapport avec la transmission héréditaire des maladies infectieuses chez les animaux, par di Pasquale. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXV, 2.) — Relevé des chancres syphilitiques extra-génitaux observés dans le service de clinique du 1er février 1888 au 1er février 1889, par Veslin; *idem* de février 1889 à 1890, par Feulard. (*Ann. de dermat.*, I, n° 4.) — Chancres mammaires communiqués à des nourrices par leurs nourrissons, par de Beurmann. (*Soc. franc. de dermat.*, 10 avril.) — Des difficultés de diagnostic du chancre syphilitique, par Morel-Lavallée. (*Ibid.*, 10 avril.) — Chancres syphilitiques atypiques, par Du Castel. (*Ibid.*, 10 avril.) — Évolution des maladies vénériennes locales, par Frank Lydston. (*New York med. Record*, p. 285, 15 mars.) — Notes cliniques sur la syphilis, par Buchler. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Syphilis secondaires anormales et graves, par Mauriac. (*Mercredi méd.*, 16 juillet.) — Quand les syphilitiques doivent-ils se marier ? par Schuster. (*Berlin.*) — Syphilis et mariage, par A. Fournier. (*La Médecine moderne*, 13 février.) — Danger résultant de la syphilis dans la pratique dentaire, par Bulkley. (*Med. News*, 26 avril.) — De la syphilis comme maladie infectieuse au point de vue de la bactériologie moderne, par Finger. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, p. 3.) — Syphilis héréditaire tardive, par Neu. (*Inaug. diss. Bonn.*, 1889.) — Résultat de 27 autopsies de mort-nés hérédo-syphilitiques, par Barthélemy. (*Soc. de dermat.*, 10 juillet.) — Sur les lésions syphilitiques du foie chez les fœtus et les nouveau-nés par Hutt-

NEL et HUDELO. (*Arch. de méd. exp.*, n° 4.) — Contribution à la connaissance des affections syphilitiques du système nerveux central, par H. OPPENHEIM. (*Berlin.*) — La syphilis du système nerveux central, par SIEMERLING. (*Arch. f. Psychiat.*, XXI, 1.) — Tumeur syphylitique du cerveau, par CHABALIER (*Lyon méd.*, p. 22, 4 mai.) — Un cas de syphilis 14 ans après une attaque de symptômes cérébraux ; remarques sur la méningite spécifique et son traitement, par TAYLOR. (*Journ. of cut. dis.*, mars.) — Myélite syphilitique lombaire aiguë survenue 12 ans après le chancre, par RENAULT. (*Soc. de dermat.*, 10 juillet.) — Sur un cas d'hémiplégie et d'hémiatrophie avortées d'origine syphilitique, par MAURIAC. (*Soc. franc. de dermat.*, 10 avril.) — Du rôle de la syphilis dans l'étiologie du tabes dorsal et de la paralysie progressive des aliénés, par VERMEL. (*Progrès médical*, 22 février.) — Un cas de méningite syphilitique basilaire diffuse avec réaction paradoxale des pupilles, par CARL OESTREICHER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 123, 10 février.) — Sur un cas de myélite syphilitique lombaire aiguë, par RENAULT. (*Ann. de dermat.*, I, n° 7.) — Ataxie locomotrice d'origine syphilitique guérie par le traitement spécifique, par GAUCHER. (*Soc. de dermat.*, 10 juillet.) — Paraplégie subite d'origine syphilitique, par THOMPSON. (*South indian and Madras branch of Brit. Assoc.*, 6 décembre 1889.) — Syphilis hépatique avec pleurésie exsudative à droite, par BIONDI. — *Bolletino delle cliniche*, novembre 1889.) — Pleurésie du stade roséolique de la syphilis, par CHANTEMESSE et VIDAL. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 avril.) — Syphylis et tuberculose coexistant chez les malades, par ANTON ELSENBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 128, 10 février.) — Paralysie des moteurs oculaires communs et de l'hypoglosse, sous la dépendance d'une syphilis héréditaire, par LÉPINE. (*Mercredi méd.*, 30 avril.) — Syphylis héréditaire ; kératite parenchymateuse d'un côté, choroïdite disséminée de l'autre et dents d'Hutchinson, par VOSSIUS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 238, 10 mars.) — Sur le chancre syphilitique des paupières, par FORTUNIADES. (*Thèse de Paris*, 28 mai.) — Rétrécissement syphilitique des voies aériennes (larynx et trachée), par SAMUEL WEST. (*S. Barth. hosp. Rep.*, XXV, p. 223.) — Trois cas de chancre induré de la face, par LLOYD. (*Lancet*, 19 juillet.) — Chancre syphilitique herpétiforme de la lèvre inférieure; erreur de diagnostic, par GÉMY. (*Soc. de dermat.*, 10 juillet.) — Ulcération phagédénique syphilitique du voile du palais et de l'amygdale, par BERNARD. (*Liverpool med. chir. journ.*, janvier.) — Les manifestations linguales de la syphilis, par FOURNIER. (*Union médicale*, 8-13 mai.) — Sur une forme végétante de syphilome lingual et son diagnostic avec l'épithélioma, par HALLOPEAU. (*Soc. de dermat.*, 12 juin.) — De la syphilis placentaire, par THIEL. (*Inaug. diss. Würzburg*, 1889.) — Affections syphilitiques de l'utérus, par LEE. (*Lancet*, 5 juillet.) — Chancres urétraux, par LANE. (*Harveian Soc. of London*, 17 avril.) — Syphilide simulant le lupus érythémateux, par FOURNIER. (*Soc. franc. de derm.*, 10 avril.) — Syphilides papulo-squameuses en corymbe, par PORTALIER. (*Soc. de dermat.*, 8 mai.) Le processus séborréique et les éruptions précoces de la syphylis, par TAYLOR. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Le lichen syphilitique est-il le produit mixte de la syphilis et de la tuberculose, par MICHELSON. (*Arch. für pathol. Anat.*, CXVIII, p. 3.) — Gommes des glandes lymphatiques du cou simulant la scrofule, par ALLEN. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 70, février.) — Les affections des ganglions lymphatiques sous-cutanés à la troisième période de la syphilis, par LUSTGARTEN. (*New York med. record.*, p. 29, 11 janvier.) Affection gommeuse des articulations, par MICHAILOFF. (*Wratch*, n° 19.) — Du traitement de la syphilis, par BENDER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 11.) — Quelques observations contre le traitement hâtif de la syphilis, par DURING. (*Gaz. méd. d'Orient*, n° 12; 1889-1890.) — Les chauds étés de l'Arkansas et le traitement de la syphilis, par TAYLOR. (*New York med.*

record., p. 463, 26 avril.)—Influence des eaux chaudes d'Arkansas dans la syphilis, par KEYES. (*Journ. of cutan. dis.*, p. 63, février.) — Prophylaxie de la syphilis chez l'enfant et la nourrice au moyen de l'allaitement, par VINETA BELLASERRA. (*Broch. Barcelone,* 1889.) — De la prophylaxie de la syphilis et de la prostitution, par COMMENGE. (*Bull. acad. de méd.*, 27 mai.) — Traitement de la syphilis par le sparadrap au calomel, par QUINQUAUD. (*Soc. franc. de dermat.*, 10 avril.) — Effets du mercure sur le sang des syphilitiques, par MARTIN et HILLER. (*Med. News*, 17 mai.) — Présence du mercure dans les viscères d'un fœtus né d'une mère syphilitique soumise au traitement mercuriel, par CATHELINEAU. (*Soc. de dermat.*, 12 juin.) — Emploi hypodermique des préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis. (*Therapeutic gaz.*, novembre 1889.) — Etude chimique et clinique sur le mode d'action de quelques composés mercuriaux dans la syphilis, par CESENA. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXV, 2.) — Observations cliniques sur les injections intra-musculaires de sels mercuriaux insolubles dans la syphilis, par KLOTZ. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Cascara dans les ulcérations syphilitiques, par HAINES. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.)

T

Tabac. — De l'amblyopie tabagique, par CONNOR. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 217, 15 février.)

Tænia. — Sur la difficulté de pouvoir reconnaître les cysticerques du tænia saginata ou inermis dans les muscles du veau et du bœuf, par LABOULBÈNE. (*Acad. des sc.*, 7 juillet.) — Sur les moyens de reconnaître les cysticerques du tænia saginata produisant la ladrerie du veau, malgré leur rapide disparition à l'air atmosphérique, par LABOULBÈNE. (*Arch. des sc.*, 21 juillet.)

Teigne. — Sur le travail d'Elsenberg, du favus, par JADASSOHN. (*Acad. f. Dermat.*, XXII, 3.) — Inoculation de tricophyton chez l'homme, par SCHARFF. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 12.) — Sur le traitement de la teigne tondante, par CARRÈRE. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Température. — De la thermométrie en clinique, par VACHER. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De la régulation de la température, par WINTERNITZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 329, 7 avril.) — Recherches de calorimétrie animale, par d'ARSONVAL. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — La sensibilité thermique, par E. GLEY. (*La médecine moderne*, 27 février.)

Tendon. — Rupture des tendons sus et sous-rotuliens, traitement par la suture, par HERVÉ. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.)

Testicule. — Nouveaux faits relatifs à l'influence sur les centres nerveux de l'homme d'un liquide extrait de testicules d'animaux, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — La cure de rajeunissement d'après la méthode Brown-Séquard, par CARL CLEVEN. (*Berlin.*) — Des hydrocèles par BUISSON. (*Thèse de Bordeaux*, 18 juin.) — Quelques formes rares d'hydrocèle, par PEARCE GOULD. (*Lancet*, 26 avril.) — De la récidive dans la cure radicale de l'hydrocèle, par RECLUS. (*Mercredi méd.*, 9 juillet.) — Hydrocèle biloculaire du cordon spermatique chez un garçon de 3 ans et

demi. Excision, guérison, par E. Kummer. (*Revue méd., Suisse romande*, X, 173, mars) — Note clinique sur un cas d'épididymite tuberculeuse primitive, par E. Salvia. (*Riforma medica*, 11 décembre 1889.) — A propos du traitement de l'orchi-épididymite d'origine urétrale par les courants continus, par Moreau-Wolf. (*Semaine méd.*, 4 juin.) — Traitement de l'orchite, par du Castel. (*Soc. de Dermat.*, 8 mai.) — Étude comparée de la compression et de la réfrigération dans le traitement des orchites, par de Le Vallé. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Du traitement de l'atrophie testiculaire d'origine ourlienne par les courants électriques, par Olivier. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Orchite paludéenne, par Cursino de Moura. (*Gaz. hebd. de méd.*, 12 juillet.) — De la tuberculose du testicule, par Heimbach. (*Inaug. Diss. Bonn.*) — Sarcome d'un testicule non descendu, par Beatson. (*Glasgow med. Journ.*, p. 383, mai.) — Diagnostic des tumeurs malignes du testicule, par Le Dentu. (*Gaz. des hôp.*, 31 juillet.)

Tétanos. — Recherches bactériologiques sur le tétanos, par Tizzoni, Cattani et Baquis. (*Beit. zur pathol. Anat.*, VII, 4 et *Riforma med.*, 20 décembre 1889.) — Du poison tétanique, par Tizzoni et Cattani. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 3.) — Notes sur le tétanos, par Babes et Puscariu. (*Ibid.*) — Du poison albuminoïde obtenu des cultures du bacille tétanique, par Th. Weyl. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 326, 7 avril.) — Sur la résistance du virus tétanique aux agents physiques et chimiques, par G. Tizzoni et G. Cattani. (*Riforma medica*, 10 avril.) — Nouvelles recherches sur les substances qui neutralisent le virus tétanique et sur la prophylaxie chirurgicale du tétanos, par Sormani. (*Ibid.*, 11 janvier.) — Expériences sur l'inhalation du virus tétanique, par Sormani. (*Ibid.*, 14 janvier.) — Du bacille du tétanos, par Weyl et Kitasato. (*Int. klin. Rundschau*, n° 12.) — Sur un procédé de recherche expérimentale rapide du bacille du tétanos et sur la présence de ce bacille dans le liquide céphalo-rachidien, par Dor. (*Soc. de biol.*, 17 mai.) — Sur un cas de tétanos chez un épileptique, par Camuset. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Du tétanos céphalique chez les animaux, et de la paralysie faciale dans le tétanos hydrophobique chez l'homme, par Brunner. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXX, 6.) — Tétanos traumatique survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde, par Belhomme. (*Arch. de méd. mil.*, juin) — Tétanos puerpéral, par Markus. (*Prager med. Woch.*, n° 21.) — Tétanos traumatique guéri par la paraldéhyde, par Nevski. (*Med. Obosrenié*, n° 3.)

Thérapeutique. — Les nouveaux médicaments, par Égasse. (*Bull. de thér.*, 15 juin.) — Des nouveaux médicaments dits antiseptiques, par Lépine. (*Arch. de méd. expér.*, n° 1.) — Des propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques des nouveaux médicaments dits antipyrétiques, par Lépine. (*Ibid.*, n° 4.) — Sur les effets des médicaments et le rôle de la matière médicale scientifique, par Erich Harnak. (*Berlin. klin. Woch.*, 4, 10 et 17 mars.) — Étude pharmacologique et expérimentale de quelques nouveaux hypnotiques, par Schmitt. (*Soc. de biol.*, 14 juin.) — Voyages pour la santé; la thérapie par la mer, par Doyle. (*Lancet*, 2 août.) — De l'absorption des médicaments par les onguents, par Luff. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 2.) — Teinture de capsicum comme révulsif, par Buck. (*Lancet*, 31 mai.) — L'emploi des préparations iodées et bromurées par le rectum en thérapeutique générale et locale, par Köbner. (*Therap. Monats.*, novembre 1889.) — L'anémonine au point de vue thérapeutique, par Bovet. (*Journ. de méd., Paris*, 1er juin.) — Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'extrait aqueux de Guaco, par Butte. (*Ann. policlin., Paris*, n° 1.) — Les indications thérapeutiques de la médication musculaire. Café, kola et caféine, par Éloy. (*Rev. gén. de cli-*

nique et de thérap., n° 24, p. 377.) — Valeur diurétique de la théobromine, par Mme Kouindjy. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Des propriétés thérapeutiques et toxiques du condurango et de la conduranguine, par Guyenot. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Sur les préparations de la kola, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. Acad. de méd.*, 20 mai.) — Sur l'action comparée de la caféine et du kola dans les marches alpines et aux hautes altitudes, par Duhamel. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.) — De l'efficacité des préparations de l'arthemisia absinthium dans les affections de l'axe cérébro-spinal, par L. Corning. (*New York med. Record*, p. 88, 25 janvier.) — Action physiologique et mécanisme de l'atropine et ses applications dans les maladies cardio-vasculaires, par G. Rummo. (*Riforma medica*, 20 novembre 1889.) — Étude sur les diurétiques, par Cervello et Monaco. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 2.) — Note relative à l'engouement pour les nouveaux remèdes (dangers des médicaments obtenus par synthèse et spécialement des anilides), par J.-L. Prévost. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, 163, mars.) — Sur l'action comparée du chloral et de la chloralamide; action thérapeutique de la chloralamide, par Mairet et Bosc. (*Soc. de biol.*, 7 juin.) — Sur l'action physiologique de la chloralamide, par Mairet et Bosc (*Soc. de biol.*, 14 juin.) — Sur l'action physiologique de la chloralamide, par Mairet et Bosc. (*Soc. de biol.*, 21 juin.) — Du bromure d'éthyle et de son emploi médical, par Hugo Stehnfeld. (*Münch. med. Woch.*, p. 251, 5 avril.) — L'oxygène en thérapeutique, par Wallian. (*Med. News*, 17 mai.) — Étude du sulfonal et de son action hypnotique chez les aliénés, par Maerle. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Du sulfonal, revue générale et observations cliniques, par Clerval. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — De la médication hypnotique analgésique, valeur thérapeutique de l'hypnal ou monochloral antipyrine, par Mme Frænkel. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Du rétinol et de son emploi en thérapeutique, par Barbier. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — De la valeur thérapeutique de l'exalgine, par Combemale et François. (*Bull. méd. du Nord*, n° 6, p. 144.) — Valeur thérapeutique de l'exalgine, par Atkinson. (*Brit. med. Journ.*, 14 juin.) — Etude physiologique des médicaments cholagogues, par G. Sée. (*La médecine moderne*, 23 janvier.) — Les couleurs d'aniline comme antiseptiques et leur emploi en thérapeutique, par Stilling. (*Rev. gén. d'opht.*, 30 avril.) — Collapsus consécutif à l'administration du salicylate de soude, par Auld. (*Lancet*, 14 juin.) — Recherches sur les savons médicinaux, par Buzzi. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 10.)

Thorax. — Abcès thoracique, dyspnée mortelle, par Rust. (*Lancet*, 26 juillet.) — Abcès du médiastin antérieur venant faire saillie sur la partie latérale droite du cou. Incision, drainage, guérison, par Bousquet. (4e *Cong. de chir. Rev. de chir.*, p. 922, 1889.) — Enchondrome costal, résection d'une portion de la côte et de la plèvre, par Marsh. (*Brit. med. Journ.*, 14 juin.) — Cancer du médiastin, par Negel. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, III, n° 6.) — Sur le diagnostic des tumeurs du médiastin, par Kast. (*Münch. med. Woch.*, 21 janvier.) — Tumeur du médiastin simulant une maladie de cœur, par A. Napier. (*Glasgow med. Journ.*, p. 411, décembre 1889.)

Thrombose. — Cas de thrombose des sinus cérébraux, par Mallins. (*Lancet*, 31 mai.) — Thrombose complète du sinus longitudinal, par Arbuthnot Lane. (*Clin. Soc. of London*, 9 mai.) — Extirpation de thrombus pyémiques du sinus latéral, par Ballance. (*Lancet*, 17 mai.) — Thrombose spontanée de la veine cave inférieure, par Perret. (*Lyon méd.*, p. 198, 8 juin.)

Thyroïde. — L'anatomie chirurgicale et la pathologie du corps thyroïde et des thyroïdes accessoires, par Wölfler. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 2.) — — Sur la greffe du corps thyroïde de l'animal à l'homme, par Zuccaro. (*Progresso med.*, 20 juin.) — De l'asthme thyroïdien (goitre avec dyspnée), par Wright. (*Manchester med. Chronicle*, mars.) — Tumeur kystique du corps thyroïde, par Doyon. (*Lyon méd.*, p. 200, 8 juin.) — Cas de bronchocèle kystique, statistique des cas traités à Guy's hosp. de 1877 à 1888, par Pennell. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVI.) — Tumeur thyroïdienne d'apparence maligne, disparition après la trachéotomie, réapparition sous la forme non douteuse de sarcome, par Turner. (*London clin. Soc.*, 23 mai.) — Le traitement chirurgical du goitre, par Anton Wölfler, 2e partie. (*Berlin.*) — Traitement des tumeurs du corps thyroïde, par Broca. (*Gaz. hebd. de méd.*, 24 mai.) — Énucléation du goitre, par Keen. (*Med. News*, 28 juin.) — Strumectomie et thyroïdectomie, par Siraud. (*Lyon méd.*, p. 93, 18 mai.) — Thyroïdectomie partielle, canules à trachéotomie, par Poncet. (*Ibid.*) — Extirpation d'une volumineuse tumeur du cou, probablement une glande thyroïdienne accessoire, par Barker. (*Brit. med. Journ.*, 21 juin.) — Contribution à l'étude de la thyroïdectomie, par C. Moreau. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 2, p. 129.) — Thyroïdectomie, par Powers. (*N. York Acad. of med.*, 14 avril.) — Trois cas d'ablation de goitre suivie de guérison, par A. Poggi. (*Riforma medica*, 11 mars.) — Des larges débridements circumthyroïdiens dans le cancer du corps thyroïde, par Poncet. (*Rev. de chir.*, p. 920, 1889.) — Goitre kystique double rétro-sternal suffocant, par Boutaresco. (*Ibid.*, p. 920, 1889.) — Goitre; extirpation par énucléation intra-glandulaire; guérison, par Lavise. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 2, p. 117.) — Contribution à l'histoire clinique du goître exophtalmique, par Russell Reynolds. (*Lancet*, 17 mai.) — Du goitre exophtalmique considéré au point de vue de sa nature et de ses causes, par Gauthier. (*Rev. de méd.*, mai.) — Le goitre exophtalmique, par Peter. (*Bull. méd.*, 4 mai.) — Un cas de goitre exophtalmique consécutif à l'ablation des ovaires, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 19 juin.) Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow, par Martin. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Des rapports de la folie et du goitre exophtalmique, par Joffroy. (*Soc. méd. psych.*, 31 mars.) — Des idées de persécution dans le goître exophtalmique, par Ballet. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 février.) — Observation pour servir à l'histoire des troubles cérébraux symptomatiques de la maladie de Basedow, par Renaut. (*Ibid.*, 28 mars.) — Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow, par Joffroy. (*Ibid.*, 11 avril.) — De la maladie de Basedow, diagnostic et traitement par l'électricité, par Renault. (*Thèse de Paris*, 29 mai.)

Torticolis. — Torticolis spasmodique traité par la ligature du nerf; guérison, par Collier. (*Lancet*, 21 juin.)

Trachée. — Quelques mots sur les recherches de Nicaise sur la physiologie de la trachée et des bronches, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Possibilité des injections trachéales chez l'homme comme voie d'introduction des médicaments, par Botey. (*Acad. des sc.*, 21 juillet.) — De l'adénopathie péritrachéale syphilitique et de la syphilis tertiaire de la trachée, par Lécureuil. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Ozène trachéal, par Hope. (*N. York med. Journ.*, 26 avril.) — Extraction d'une chéloïde trachéale, par Goris. (*Soc. d'otol. belge; Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Des rétrécissements de la trachée, par Grossmann. (*Wiener Klinik*, nos 3 et 4.) — De la trachéotomie sur les très jeunes enfants, par Péraire. (*Rev. de chir.*, juin.) — Notes sur la trachéotomie, par Dawson. (*Journ. of Amer.*

med. Assoc., 12 juillet.) — Trachéotomie, cure-dents en guise de canule temporaire, par NORTON. (*Brit. med. Journ.*, 17 mai.)

Transfusion. — Appareil de transfusion de Munchmeyer, par DUNCAN. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXII, 1.) — Réflexions à propos de la communication de M. Richet sur les effets de la transpiration, expériences de Bouchard. par CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 7 juin.) — Les appareils pour transfusion pendant l'accouchement, par FEHLING. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 183, 15 mars.)

Trépanation. — La trépanation, ses indications, par ALBU. (*Thèse inaug.*, *Berlin*, 1889.)

Tuberculose. — Influence de l'infusion du sang de chien à des lapins sur l'évolution de la tuberculose, par HÉRICOURT et CH. RICHET. (*Soc. de biol.*, 31 mai, 7 juin.) — Influence de la transfusion du sang de chien sur l'évolution de la tuberculose chez les lapins, par HÉRICOURT et RICHET. (*Acad. des sc.*, 16 juin.) — Tuberculose avec aspergillus niger simulant l'actinomycose, par WHEATON. (*Path. Soc. of London*, 20 mai.) — Pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse intestinale et du développement de la tuberculose expérimentale, par DOBROKLOWSKI. (*Arch. de méd. expér.*, n° 2.) — Observation de tuberculose expérimentale chez une grenouille maintenue à la température de + 25°, par DESPEIGNES. (*Lyon méd.*, 25 mai.) — Recherches sur l'action des rayons lumineux sur le bacille tuberculeux, par KRÜGER. (*Inaug. Diss. Bonn*, 1889.) — De la soi-disant tuberculose zoogléique ou pseudo-tuberculose bacillaire, par ZAGARI. (*Broch.*, *Naples.*) — Nature des cellules géantes du tubercule et des éléments qui leur sont associés, d'après la pathologie comparée, par SIBLEY. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Rôles comparatifs de l'hérédité et des crachats dans la transmission de la tuberculose, par HAUPT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 311, 31 mars.) — De l'influence de la contagiosité de la tuberculose sur la mortalité des habitants des stations de cure des phtisiques (nulle), par ROMPLER. (*Ibid.*, p. 312, 31 mars.) — Recherches sur l'étiologie de la phtisie, par HENCAGE, GIBBES et SHURLY. (*Americ. Journ. of med. sc.*, mai et juin.) — Étiologie, pathologie et thérapeutique de la phtisie pulmonaire, par W. SCHENCK. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 225, 15 février.) — Recherches sur l'étiologie de la phtisie; histoire clinique de la phtisie pulmonaire, par SHURLY; le bacille tuberculeux, par GIBBES. (*Amer. Journ. of med. sc.*, mai.) — Marche de la phtisie pulmonaire, par K. VON RUCK. (*Therap. Gaz.*, août 1889.) — De la consomption pulmonaire au point de vue des recherches modernes, par ST. SMITH BURT. (*N. York med. Record*, p. 397, 12 avril.) — La contagion de la phtisie pulmonaire avant la doctrine parasitaire, par L. DE SANTI. (*Rev. gén. de clinique et de thérap.*, n° 16 et suiv.). — Contagiosité de la tuberculose et son influence sur la mortalité des indigènes des stations de cure de la phtisie, par ROMPLER. (*Deutsch. med. Zeit.*, 17 avril.) — Étude sur la tuberculose pulmonaire, par ARTHAUD. (*Ann. policlin.*, *Paris*, n° 1.) — Tuberculose considérée au point de vue de l'inspection sanitaire des viandes de boucherie. par DELACROIX. (*Bull. Soc. méd. Anvers*, avril.) — La pathologie de la tuberculose, par QUITERAS. (*Amer. Lancet*, n° 2.) — De l'endocardite tuberculeuse, par TRIPIER. (*Acad. des sc.*, 28 avril.) — Des anévrismes et des lésions vasculaires tuberculeuses dans les cavernes de la phtisie pulmonaire chronique, par MÉNÉTRIER. (*Arch. de méd. expér.*, n° 1.) — Etude anatomo-pathologique du cœur dans la phtisie chronique, par BRIQUET. (*Journ. sc. méd. Lille*, 4 avril.) — Emphysème pulmonaire et tuberculose, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 9 juillet.) — Tuberculose cutanée,

par SEVESTRE. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 avril.) — Tuberculose de la peau, par SHŒMAKER. (*Journ. of cutan. dis.*, mars.) — Tuberculose musculaire et tuberculose de la moelle osseuse, par MOULÉ. (*Cong. des Soc. sav. Bull. méd.*, 1er juin. — Aggravation et généralisation de la tuberculose après les opérations, par GEERAERT. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales. Discussion du 4e Congrès de chirurgie. (*Rev. de chirurgie*, p. 883, 1889.) — Tuberculose des os et des articulations, par THOMSON. (*Rep. labor. of roy. College of phys. Edinburgh*, II.) — Des tuberculoses périphériques et de leur traitement, par VERNEUIL. (*Semaine méd.*, 2 juillet.) — Déformations permanentes des doigts à la suite de tuberculoses de ces organes, par LANNELONGUE. (4e *Cong. de chir. Rev. de chir.*, p. 949, 1889.) — Discussion de la Société de médecine interne sur l'utilité d'hôpitaux spéciaux pour les phtisiques. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 10 et suiv., février.) — Hôpitaux spéciaux pour le traitement de la tuberculose, par FLICK. (*Times and Register*, p. 244.) — Les phtisiques dans les stations climatériques, par VON RUCK. (*Med. News*, 3 mai.) — Climatothérapie de la tuberculose pulmonaire en Espagne, aux îles Baléares et aux Canaries, par BONNET. (*Santa Cruz*, 1889.) — De l'immunité des ouvriers travaillant la chaux pour la phtisie pulmonaire, par GRAB. (*Prager med. Woch.*, 4 juin.) — État actuel du traitement de la phtisie pulmonaire, par MICHAELIS. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 40.) — Prophylaxie de la tuberculose, par K. VON RUCK. (*Therap. Gaz.*, avril.) — Considérations sur la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire, par ABADIE. (*Union méd.*, 3 mai.) — Sur la prophylaxie de la tuberculose, par ZIEMSSEN. (*Wiener med. Blätter.*, n° 13.) — L'insuccès du traitement de la phtisie par l'air chaud, par THOMPSON. (*N. York Acad. of med.*, 3 avril.) — Traitement de la phtisie par le procédé de Weigert, par BYWALKEWITSCH. (*Wratch*, n° 9.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée par les inhalations d'air surchauffé, par BARATOUX. (*La pratique méd.*, 30 juin et *Rev. d'hyg. thérap.*, juin.) — Du traitement hygiénique de la tuberculose et spécialement de la cure à l'air et au repos, par DAREMBERG. (*Bull. de thérap.*, 30 juin.) — Traitement de la phtisie par l'air surchauffé, par TAYLOR. (*London clin. Soc.*, 23 mai.) — Le traitement de la phtisie par l'air surchauffé, par FILLEAU. (*Ann. de la tuberc.*, juin.) — La non-valeur du soi-disant traitement de la phtisie par l'air chaud, par GILMAN THOMPSON. (*New York med. Record*, p. 457, 26 avril.) — De la cure à l'air et au repos appliquée aux tuberculeux, par DAREMBERG. (*Bull. Acad. de méd.*, 3 juin.) — Traitement de la tuberculose par l'aération continue, par COURTOIS-SUFFIT et BOULAY. (*Gaz. des hôp.*, 24 mai.) — Emploi des inhalations de sublimé dans la tuberculose, par CSATARY. (*Orvosi hetilap.*, n° 20.) — Le traitement de la tuberculose par la créosote, nouvel inhalateur, par DAYWALT. (*Occidental med. Times*, n° 1.) — Une nouvelle formule pour l'injection sous-cutanée de la créosote dans le traitement de la phtisie, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 25 juin.) — La créosote impure, cause d'insuccès dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par DAYWALT. (*Occident. med. Times*, n° 6.) — Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections médicamenteuses, par BLAIZOT. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Traitement de la dyspepsie des tuberculeux, par l'ingestion d'eau de Tarasp, par VOLLAND (de DAVOS). (*Corr.-Bl. f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 177, 15 mars.)

Tumeur. — Étude statistique sur les tumeurs. Étiologie, étude des tumeurs kystiques et des hyperplasies glandulaires, par RAPOK. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXX, 6.) — Contribution à l'étude des tumeurs : 1° Hypertrophie

du lobe de Spigel; 2° deux cas de hernies cérébrales multiples; 3° genèse des angiomes du foie, par R. Beneke. (*Archiv f. pathol. Anat. u. Phys.*, XIX, 1.)

Typhoïde (Fièvre). — La fièvre typhoïde et l'eau de Berlin, par Jules Arnould. (*Revue d'hyg.*, XII, 256, mars.) — La fièvre typhoïde et la question de l'eau, par Weiss. (*Cent. f. allg. Gesundheit*, n° 2.) — La fièvre typhoïde et la question des eaux, par Beugnies-Corbeau. (*Union méd. Nord-Est*, n° 4, p. 143.) — Prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée française. Amélioration de l'eau d'alimentation, par Schneider. (*Rev. d'hyg.*, XII, 193, mars.) — Influence des conditions météorologiques sur la fréquence de la fièvre typhoïde, par Jamieson. (*Austral. med. Journ.*, n° 3.) — De l'injection par le bacille typhique sans lésions intestinales, par Vaillard et Vincent. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 mars.) — Etudes bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Gasser. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — La fièvre typhoïde et l'alimentation par le lait, par Allen. (*Trans. of 2d Sess. of intercol. med. Cong. Australasia*, p. 159, 1889.) — Les pneumo-entérites infectieuses des fourrages ou variétés des affections typhoïdes des animaux solipèdes, par Galtier et Violet. (In-8°, 150 p., *Lyon.*) — De l'action physiologique du poison de la fièvre typhoïde, par Davis. (*New York med. Record*, p. 704, 28 octobre 1889.) — Etudes sur le bacille typhique, par Cygneus. (*Beit. zur pathol. Anat.*, VIII, 3.) — Sur un nouveau procédé d'isolement du bacille typhique dans l'eau, par Vincent. (*Ann. de microg.*, avril.) — Bacille d'Eberth dans les taches rosées, par Roux. (*Lyon méd.*, p. 600, 27 avril.) — Quelques points de l'histoire naturelle de la fièvre typhoïde, par Reeves. (*Med. News*, 7 juin.) — Sur une petite épidémie de fièvre typhoïde, par Cortella. (*Gaz. d'ospit.* n° 13.) — Une épidémie de fièvre typhoïde, par Gentiluomo. (*Gazz. d'Ospit.*, n° 44.) — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus, par Corbin. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Fièvre typhoïde avec quatre rechutes distinctes, par Carslaw. (*Lancet*, 19 juillet.) — Contribution expérimentale à l'étude des processus locaux déterminés par le bacille de la fièvre typhoïde, par Mya et Belfanti. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, janvier et février.) — Un cas de fièvre typhoïde avec complication rare, par W. Graves. (*New York med. Record*, p. 118, 1er février.) — Difficultés du diagnostic de la fièvre typhoïde et des fièvres malariales, par Shapard. (*Nashville Journ. of med.*, p. 7.) — Érythème multiforme dans la fièvre typhoïde, par Laufer. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 3.) — Des localisations angio-cardiaques de la fièvre typhoïde, par Lacombe. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Sur la fièvre typhoïde à forme cardiaque, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 24 mai.) — De la bronchite dans la fièvre typhoïde, par Billout. (*Thèse de Paris*, 17 mai.) — Observation de troubles nerveux au cours de la fièvre typhoïde, par Andrewes. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXV, p. 129.) — De quelques formes de délire partiel, au début et pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, par Barié. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 février.) — De la septicémie typhoïde, par Chantemessé et Widal. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 mars.) — Fièvre typhoïde, perforation, péritonite localisée, opération, guérison, par Taylor. (*Lancet*, 3 mai.) — Diagnostic de la péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde, par Lewaschow. (*Wratch*, n° 3.) — Laparotomie pour ulcère perforant typhoïdique; mort, par Reed Bontecou. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 455, 29 mars.) — Suites rares de la fièvre typhoïde, périostite, par Eliot. (*Buffalo med. Journ.*, mai.) — Sur l'étiologie des suppurations dans la fièvre typhoïde, action pyogène du bacille typhique, par Orlow. (*Cent. f. Chir.*, 24 mai.) — Périostite suppurée consécutive à une fièvre typhoïde et due au bacille

typhique, par ACHALME. (*Soc. de biol.*, 21 juin.) — Des ostéites dans la fièvre typhoïde, par FÜRBRINGER. (*Wiener. klin. Woch.*, n° 18.) — Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde, par BOSNIÈRES. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — L'hydronaphtol dans le traitement de la fièvre typhoïde et de la diarrhée, par CLARKE. (*Practitioner*, juillet.) — Traitement de la fièvre typhoïde; résumé des discussions récentes, par SIMON BARUCH. (*New York med. Record*, p. 318, 22 mars.)

U

Ulcère. — Du mal perforant, par GASCUEL. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Clou de Biskra à très longue incubation observé en France, par GUIBBAUD. (*Arch. de méd. milit.*, mai.)— De la cure des ulcères variqueux, par TRIPIER. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.)

Urée. — Méthode simple de dosage de l'urée, par HEATON et VASEY. (*Lancet*, 10 mai.)

Urètre. — Diverticules urétraux, par ROUTH. (*Trans. obst. soc. London*, XXXII, p. 68.) — Hyperesthésie du méat urinaire chez la femme, par FACIEU. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 942.)— Valeur de la lampe incandescente urétroscope de Leiter dans le diagnostic et le traitement des écoulements chroniques de l'urètre, par DEAVIR. (*Med. News.*, 21 juin.) — Prolapsus de l'urètre chez la femme, vraie cystocèle ou hernie vésico-vaginale, par MUNDÉ. (*Americ. journ. of obst.*, juin.) — Des fistules urétro-péniennes consécutives au chancre simple et à la syphilis, par HUMBERT. (*Soc. franç. de Dermat.*, 10 avril.) — Nouvelle méthode pour la cure des fistules recto-urétrales, par ZIEMBICKI. (*Rev de chir.*, 1889, p. 938.) — Sur les fistules urétro-pelviennes et particulièrement sur celles qui succèdent à la blennorragie, par GEORGIADÈS. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Le rétrécissement de l'urètre, par W. FLEMING. (*Glasgow med. journ.*, p. 265, avril.) — Deux cas de rétrécissement de l'urètre et de prostatite chronique avec symptômes réflexes intéressants, par NEILSON. (*Med. News*, 28 juin.) — Urétrotome pour le rétrécissement infranchissable de la région pénienne, par BLAKE WHITE. (*Journ. of cut. dis.*, juillet.) — Sur deux cas d'urétrotomie interne, par FOLET. (*Bull. méd. du nord*, n° 5, p. 113.) — De la divulsion progressive des rétrécissements de l'urètre, par LAVAUX. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 941.) — L'emploi des antiseptiques dans le traitement des rétrécissements de l'urètre par l'urétrotomie interne, par SOUTHAM. (*Lancet*, 14 juin.) — La dilatation immédiate progressive comparée à l'urétrotomie interne, par PICARD. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Electrolyse dans les rétrécissements de l'urètre, par CORDIER. (*Lyon méd.*, p. 23, 4 mai.) — Des ruptures traumatiques du canal de l'urètre, par PIERRE. (*Thèse de Bordeaux*, 18 juin.) — Cas très rare de destruction complète de la peau de la verge et de 3 cent. 1/2 du canal urétral dans la portion spongieuse, urétrorraphie spéciale, anaplastie, guérison, par DE AMICIS. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXV, 2.) — Le traitement chirurgical des rétrécissements infranchissables, opération de Wheelhouse, irrigation antiseptique intermittente, par WARD COUSINS. (*Brit. med. journ.*, 19 juillet.) — Rétrécissement urétral quatre ans après l'électrolyse, calculs vésicaux, lithotritie et taille suspubienne, par BRUCE CLARKE. (*London clin. Soc.*, 23 mai.) — Nouvelle sonde pour le traitement des affections de l'urètre chez la femme, par H. FRITSCH. (*Centr. für Gyn.*, 8 mars.)

Urinaires (Voies). — Les affections internes des organes génito-urinaires, par PAUL FÜRBRINGER. (2e édition, *Berlin.*) — Les troubles psychopathiques de la miction, par JANET. (*Thèse de Paris*, 28 mai.) — Chirurgie des organes urinaires chez la femme, par HEYDER. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVIII, 2.) — Anatomie et physiologie pathologique de la rétention d'urine, par GUYON et ALBARRAN. (*Arch. de méd. expér.*, n° 2.) — Sur une opération contre l'incontinence d'urine chez la femme, par DESNOS. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Epanchement urineux extrapéritonéal profond s'étendant jusqu'à la cuisse, par FULLER. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Le salol dans l'infection urinaire, par ALBARRAN. (*Mercredi méd.*, 7 mai.)

Urine. — Expériences sur l'élimination des iodures et de quelques médicaments par l'urine, par ROUX. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — Sur l'élimination par l'urine de l'iodure de potassium à hautes doses, par EHLERS. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 5.) — Sur l'élimination de l'iodure de potassium dans l'urine, par DOUX. (*Journ. de Pharm.*, 1er août.) — Rapport sur l'élimination des balsamiques dans l'urine, par STOCKMAN. (*Brit. med. journ.*, 14 juin.) — De l'élimination du phénol par l'urine, ses rapports avec l'élimination de l'acide sulfurique, par MAZZENGA. (*Progresso med.*, 10 juin.) — Des cultures de la sarcine de l'urine, par HARTGE. (*St Petersb. med. Woch.*, n° 22.) — Sur la façon dont se comporte le soufre dans l'organisme et la détermination du soufre dans l'urine de l'homme, par W. PRESCH. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXIX, 1.) — Influence du sommeil et de la veille sur les échanges matériels d'après les examens de l'urine, par MARRO. (6e cong. *freniat. ital.*, septembre 1889.) — Réactif des protéines et de la mucine dans l'urine, par KIRK. (*Lancet*, 26 avril.) — Recherches sur l'action diazo-benzoïque de l'urine, par LUZZATTO. (*Riv. clin. arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 1.) — Acide glycuronique dans l'urine, par ASHDOWN. (*Rep. laborat. roy. college of phys. Edinburgh*, II.) — L'acide urique, sa physiologie et ses rapports avec les calculs rénaux et la gravelle, par A. GARROD, traduction par H. CAZALIS. (In-8°, *Paris* 1889.) — Addition au mémoire « Sur les quantités excrétées d'acide urique », par SALKOWSKI. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXX, 2.) — Nouveau procédé de dosage de l'acide urique dans les urines par BAYRAC. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Sur un procédé de dosage de l'acide urique, par ARTHAUD et BUTTE. (*Ann. policlin.*, Paris, n° 1.) — Détermination de l'acide urique dans les urines normales et pathologiques par le procédé de Fokker-Salkowski, par R. POTT. (*Archiv. für die gesammte Physiologie*, XLV, p. 389.) — De l'action de l'urine sur les tissus, son application à la chirurgie, par TUFFIER. (*Soc. de biol.*, 14 juin.) — Sur les effets des injections intraveineuses d'urines épileptiques, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 10 mai.)

Urticaire. — De l'urticaire chez les nouveau-nés et les enfants, par COLCOTT FOX. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 12.) — Deux cas d'urticaire hémorragique, par WILLS. (*Lancet*, 14 juin.) — Urticaire géante disparaissant momentanément pendant une scarlatine, par LANDGRAF. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 184, 24 février.) — L'urticaire de l'enfance et de l'adolescence, par COLCOTT FOX. (*West London med. chir. soc.*, 2 mai.) — De l'urticaire pigmentée, par DOUTRELEPONT. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 3.)

Utérus. — L'anatomie normale et pathologique du col utérin, par LANDAU et ABEL. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIII, 2.) — Etudes sur la caduque, par EDWARD AYERS. (*New York med record.*, p. 400, 12 avril.) — Maladie kystique du chorion, par LAWRENCE. (*Trans. obst. soc.*, XXXVII, p. 64.) — Idem, par PHILLIPS. (*Ibid.*) — Trois cas de varicosités veineuses dans le ligament

large, par Cooke Hirst. (*Med. News*, 17 mai.) — Aperçu synthétique sur les fonctions, la pathologie et la chirurgie du col de l'utérus, par Doléris. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 944.) — Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus, par Mlle Roussel. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Sur la direction de l'utérus gravide, par E. Aievoli. (*Riforma medica*, 7 décembre 1889.) — Cas remarquable de torsion à droite de l'utérus gravide pris pour une grossesse extra-utérine, par W.-H. Wenning. (*Amer. journ. of obst.*, février.) — Contribution à l'étude de la stérilité, par H. Lier et S. Ascher (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 2.) — Influence du traitement de la métrite sur les complications inflammatoires péri-utérines ; lymphangites, salpingites, pelvipéritonites, par Trélat. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Etiologie et pathogénie des métrites, par Pozzi. (*Mercredi méd.*, 9 avril.) — De la salpingo-oophorectomie, ses résultats, par Boldt. (*N. York acad. of med.*, 24 avril.) — Les petites déchirures du col de l'utérus, par Ch. Bushong. (*N. York med record.*, p. 59, 18 janvier.) — Débridement vaginal des collections de la périmétrite chronique (méthode de Laroyenne), par Goullioud. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 947.) — Sur un traitement local de l'endométrite chronique, par Dejardin. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Traitement de la métrite chronique du col, par Bellencontre. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.)— De l'action résolutive du simulo contre la salpingo-ovarite aiguë ou subaiguë, par Poulet. (*Bull. gén. de thér.*, 30 mai.) — Du traitement du catarrhe cervical, par Stratz. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 2.) — Des cautérisations intra-utérines dans l'endométrite, par W. Schrader. (*Cent. für Gyn.*, 12 avril.) — Etude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique, de la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des maladies chroniques, par Couturier. (*Thèse de Paris*, 28 mai.) — Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endométrite du corps, par Claa. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Etude sur le curage de l'utérus et l'opération de Schræder, par Mme Vinaver. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Traitement opératoire de la métrite chronique, par Kaschkaroff. (*Centr. für Gyn.*, 28 décembre 1889.) — Du curage antiseptique de l'utérus dans l'endométrite puerpérale, par E. Braun-Fernwald. (*Arch. für Gyn.*, XXXVII, 3.) — Les résultats éloignés de la laparotomie dans l'ablation des annexes malades de l'utérus, par Coe. (*New York. med record.*, p. 440, 19 avril.) De l'hématocèle utérine, par Barth. (*Gaz. méd. Paris*, 14 juin.) — Pronostic et traitement de l'hématocèle péri-utérine, par Ozenne. (*Gaz. de gynéc.*, mars.) — Etude de l'hémato-salpinx, par Coulom. (*Thèse de Bordeaux.*) — Formes cliniques de la pyosalpingite, par R. Waldo. (*Amer. journ. of obst.*, mars.) — Occlusion de l'ostium uterinum dans les maladies des trompes, par A. Doran. (*Trans. of the obst. soc.*, XXXI, part. IV.) — De l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites, par Saintu. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et ses annexes, par Péan. (*Bull. méd.*, 9 juillet.) — Etiologie de l'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col, par Villa. (*Ann. di ostetr. e gin.*, mars-avril.) — Modifications du plancher pelvien dans les prolapsus légers, par G.-E. Herman. (*Transac. of the obst. soc.*, XXXI, part. IV.) — Antéversion et antéflexion de l'utérus gravide. Période d'expulsion, par S. Remy. (*Revue médicale de l'Est*, n° 5, p. 142.) — De la curabilité de la rétroversion utérine, sans opération sanglante par l'opération de la réduction et de la contention, par Berrut. (*Rev. de chir.*, 1889, p. 944.) — Cinq opérations d'Alexander, par Cugiani. (*Ann. di ostet.*, mai-juin.) — Le traitement des déplacements postérieurs de l'utérus, par Boldt. (*Americ. journ. of obst.*, juin.) — Du prolapsus de l'utérus gravide, par Faivre. (*Thèse de Paris*, 29 mai.) — De l'opération sanglante pour le traitement de la rétroflexion

utérine spécialement de l'opération d'Alexander et de celle d'Olshausen, par Bompiani. (*Ann. di ostet.*, juillet.) — De l'hystéropexie vaginale dans le traitement des rétro-déviations utérines, par Hartmann. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Tentatives d'hystérorraphie par suture de l'utérus rétrofléchi à la paroi abdominale sans ouverture de l'abdomen, par Williams. (*Americ. journ. of obst.*, juillet.) — Ventro-fixation de l'utérus sans laparotomie, par Assaky. (*Bull. soc. de chir.*, XV, p. 729.) — Inversion aiguë puerpérale de l'utérus, par Mc Coy. (*Americ. journ. of obst.*, juillet.) — Inversion de l'utérus, par Barsony. (*Cent. f. Gynaek.*, 12 juillet.) — Inversion de l'utérus par gros polype, nécrose superficielle de l'utérus et de la tumeur, issue de la tumeur à travers la vulve, ablation, réduction de l'inversion, par Cullingworth. (*Lancet*, 21 juin.) — De l'inversion utérine artificielle dans les hémorragies post partum et de la suture avec nœuds-intra-utérins dans l'opération césarienne, par Kocks. (*Cent. f. Gynæk.*, 17 mai.) — De l'hystéropexie vaginale, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 9 juillet.) — Note sur un nouveau mode de suture dans l'hystéropexie, par Faucon. (*Bull. acad. de méd. Belgique*, n° 4, p. 282.) — Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes pour rétrodéviation de l'utérus, par Baudoin. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Quelques mots sur les vices de conformation de l'utérus, par Bouchard. (*Journ. de méd. Bordeaux*. 18 mai.) — Cas de rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'utérus, par Thévard. (*Bull. acad. de méd.*, 24 juin.) — Emploi de l'hydrastis canadensis dans les affections utérines, par Pigache. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Contribution clinique au traitement de Thure Brandt pour les affections génitales féminines, par Léopold Fellner. (*Vienne.*) — Abcès de la paroi abdominale compliquant des fibromes utérins, par Davis. (*Med. News.*, 24 mai.)— Recherches sur un cas de myxadenome kystique de la lèvre antérieure du col, par Kessler. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXVIII, 1.) — Contribution clinique à l'étude de l'opération de Battey dans les fibromyomes utérins, par G. Spinelli. (*Riforma medica*, 2 décembre 1889.) — Kystofibrome végétant appendu à l'extrémité externe du ligament tubo-ovarien et à la grande frange du pavillon de la trompe, par Le Dentu. (*Bull. acad. de méd.*, 29 avril.) — Contribution à la casuistique du traitement des fibromes utérins, par C. Marocco. (*Riforma medica*, 12, 13, 15, 17 et 18 mars.) — Ablation par la voie vaginale et le morcellement des corps fibreux de l'utérus à large base d'implantation, par Terrillon. (*Progrès médical*, 12 avril.) — Recherches sur l'étiologie des myomes et sur la myomotomie, par Fehling. (*Cent. f. Gynæk.*, 19 juillet.) — Enorme corps fibreux de l'utérus intra-ligamentaire. Décortication. Hystérectomie supravaginale; plaie étendue de la vessie suturée complètement, par Pozzi. (*Bullet. soc. de chir.*, XV, p. 786.) — Grossesse de quatre mois. Gros fibrome utérin. Myomotomie, par Routier. (*Ibid.*, XV, p. 727.) — Note sur le traitement des fibromes par l'électricité, par Onimus. (*Ibid.*, XV, p. 630.) — Myomotomie après insuccès du traitement électrique, par Uter. (*Centr. für Gyn.*, 29 mars.) — Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli, par Mlle Jakubowska. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Recherches bibliographiques et chimiques sur le traitement palliatif des corps fibreux par l'électricité, les injections d'eau chaude, le curettage, le massage, l'ergot de seigle et l'hydrastis, par Lecomte. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Traitement électrique des fibromes utérins, par Apostoli. (*Rev. de chir.*, 1889. p. 945.) — Cure radicale des tumeurs fibrocystiques de l'utérus et traitement des tumeurs fibreuses par la méthode d'Apostoli, par Le Bec. (*Ibid.*, 1889, p. 945.) — Du traitement des myomes utérins par l'énucléation vaginale, la castration, la myomotomie et l'extirpation vaginale, par Leopold. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXVIII, 1.) — Traitement des fibromes utérins par les eaux

thermales, par MARQUE. (*Rev. d'hyg. thérap.*, juillet.)— Tumeurs fibreuses de l'utérus traitées à Lamotte-les-Bains, par GUBIAN. (*Lyon méd.*, p. 157, 1er juin.) — Parallèle des différents modes de traitement des fibromes utérins par MARQUE. (*Thèse de Paris*, 22 mai.) — Neuf cas de fibromyomes utérins, 8 hystérectomies sus-vaginales, une myomectomie, pas de mort, par HELMUTH. (*Americ. journ. of obst.*, juin.) — Un cas de carcinome primitif du corps utérin, par JACOBS. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Le cancer de la matrice, par JOHN WILLIAMS. Traduction, par KARL ABEL et THEODOR LANDAU. (*Berlin.*) — Affection maligne de la muqueuse du corps utérin, par HENRY COE. (*New York med record.*, p. 369, 5 avril.) — Deux cas d'hystérectomie supra-vaginale pour gros fibrome, avec ablation des ovaires et ouverture de la cavité utérine, par CAUCHOIS. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — Hystérectomie sus-vaginale, hystéro-myomectomie avec suspension du moignon dans l'angle inférieur de la paroi abdominale, par KELLY. (*Med. News*, 28 juin,) — Opération de Freund appliquée à l'utérus gravide, par BLANC. (*Arch. de tocol.*, juin.) — 4 cas d'hystérectomie vaginale, par LEWERS. (*Obst. soc. of London*, 7 mai.) — Douze cas d'hystérectomie vaginale, par MANGIAGALLI. (*Ann. di ostetr. e gin.*, janvier.) — Hystérectomie laparo-vaginale par CLEVELAND. (*Americ. journ. of obst.*, mai.) — Second cas de laparotomie pour obstruction intestinale consécutive à une hystérectomie vaginale, par COE. (*Americ. journ. of obst.*, mai.) — Du traitement consécutif de l'extirpation vaginale de l'utérus, par GOTTSCHALK. (*Cent. f. Gynæk.*, 21 juin.) — L'extirpation du tissu cellulaire péri-utérin dans les cancers du col de la matrice, par PAWLIK. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Hystérectomie vaginale pour affection maligne de l'utérus, par KRUG. (*Americ. journ. of obst.*, juin.) — Les limites de l'hystérectomie vaginale pour le cancer de l'utérus, par COE. (*Americ. journ. of obst.*, juin.) — Traitement opératoire du cancer utérin pendant la grossesse et les suites de couches, par SUTUGIN. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 1.)

V

Vaccine. — La vaccination, sa technique, ses accidents, par M. BAUER. (*Stuttgart.*) — Les instituts de vaccin animal, par F. RŒPKE. (*Stuttgard.*) — Les vaccinations faites avec le vaccin animal de 1882 à 1888 dans l'arrondissement de Glauchau (Saxe), par ERNST HANKEL. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LII, 158, janvier.) — Vaccine animale, par GOLDSCHMIDT. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er juin.) — Du vaccin de chèvre, par HERVIEUX. (*Bull. Acad. de méd.*, 20 mai.) — Des diverses variétés d'érythème vaccinal, par DAUCHEZ. (*Revue de clinique et de thérap.*, n° 25, p. 401.) — Vaccine gangreneuse au cours d'une syphilis maligne précoce, par BALZER. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 avril.) — Un mot sur l'immunité naturelle, par ARLOING. (*Arch. de méd. expér.*, n° 1.) — Contribution à l'étude de l'immunité acquise, par ROGER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 5 juillet.) — Vaccination et accoutumance, par CHARRIN et GAMALEIA. (*Soc. de biol.*, 24 mai.) — A propos de l'immunité, par CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 7 juin.)

Vagin. — Des plaies du vagin dans le coït, par HIMMELFARB. (*Cent. f. Gyn.*, 31 mai.) — Traitement des rétrécissements cicatriciels du vagin, par KUSTNER. (*Zeit. f. Geburts. u. Gyn.*, XVIII, 2.) — Atrésie (absence com-

plète) du vagin, par G. Pascalk. (*Riforma medica*, 2 janvier.) — Des kystes du vagin, au point de vue historique et anatomique, par Santoni. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — De l'emploi du rétinol et de la colophane dans le traitement de la vaginite, par Balzer et Chevalet. (*La Médecine moderne*, 24 avril.) — Colpocèle postérieure, son traitement, par Marx. (*Thèse de Paris*, 14 mai.)

Variole. — Notes sur la variole. Classification et pronostic des différentes formes de variole, par Talamon. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 mars.) — La classification et le pronostic de la variole, par Huchard. (*Ibid.*, 28 mars.) — Notes sur la variole, par Talamon. (*Ibid.*, 11 avril.) — Le traitement des varioleux, par von Hebra. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 15, p. 225.)

Veine. — A propos des veines ombilicales, par Duval. (*Soc. de biol.*, 17 mai.) — Un cas de phlébite récidivante, par Smith. (*New York med. Record*, p. 63, 18 janvier.) — Leçons cliniques sur les varices des extrémités inférieures, par Bennett. (*Londres*, 1889.) — Des oblitérations de la veine cave inférieure, par Vimont. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Plaies et ligature de la veine jugulaire interne, par Vaudey. (*Thèse de Paris*, 25 juin.)

Vessie. — Les troubles psychopathiques de la miction, par Janet. (*Thèse de Paris*, 4 juin.) — D'un simple tube droit comme cathéter vésical chez la femme, par Wolfner. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 mai.) — Traitement de l'enurèse par la dilatation du sphincter vésical, par Saenger. (*Arch. f. Gyn.*, XXXVIII, 2.) — Contribution à la cure radicale de la cystocèle inguinale, par Hedrich. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er juin.) — Cure radicale de la cystocèle inguinale, par Guelliot. (*Rev. de chir.*, p. 941, 1889.) — De la cystopexie, opération autoplastique nouvelle, destinée à remédier à la cystocèle vaginale, par Tuffier. (*Ann. de gyn.*, juillet; *Mercredi méd.*, 2 juillet.) — Cystopexie pour la cure de la cystocèle vaginale, par Dumoret. (*Ibid.*) — Sur l'importance pratique de la cystocopie moderne, par Helferich. (*Münch. med. Woch.*, p. 1, 7 janvier.) — Le cystocope électrique, par Wallace. (*Edinb. med. Journ.*, février.) — Les cystites, étiologie, pathogénie et traitement, par Thorkild Rovsing. Traduit du danois en allemand. (*Berlin.*) — Névralgie de la vessie guérie par le zinc et l'argent, par Moricourt. (*Gaz. des hôp.*, 22 mai.) — De la participation de la vessie aux états inflammatoires et néoplasiques des organes génitaux de la femme, par Lindemann. (*Zeit. f. Geburts.*, XVIII, 2.) — De l'inflammation du vagin comme cause de symptômes vésicaux chez les jeunes filles, par K. Miller. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 732, 17 mai.) — Gangrène de la vessie, par Haulton. (*Rep. labor. of roy. College of phys. Edinburgh*, II.) — Des corps étrangers de la vessie, par Lihotzky. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 juin.) — Lithotritie et taille, par E. Salvia. (*Riforma medica*, 30 janvier.) — Considérations mécaniques et expérimentales sur l'aspiration dans la lithotritie, par Duchastelet. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Note sur les calculs vésicaux de l'adulte remontant à l'enfance. Indications opératoires, par Folet. (*Bull. méd. du Nord*, n° 7, p. 169.) — Calculs multiples (35), retirés de l'urètre et de la vessie, par Cunningham et Mehr Chand. (*Brit. med. Journ.*, 5 juillet.) — Traitement moderne des calculs vésicaux chez les enfants (mâles), par White. (*Med. News*, 17 mai.) — De la lithotomie suspubienne dans le cas de calculs vésicaux enkystée, par J. S. Mac Ardle. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 218, mars.) — Traitement des calculs vésicaux chez les petits garçons, par W. White. (*Med. News*, p. 530, 17 mai.) — Calcul vésical, taille suspubienne, par Whipple.

(*Lancet*, 28 juin.) — Taille sus-pubienne, ablation de deux calculs vésicaux, la taille médiane avait été faite dix mois auparavant, par O'Neill. (*Brit. med. journ.*, 24 mai.) — Taille sus-pubienne avec suture de la vessie, par Anderson. (*Lancet*, 26 avril.) — Calculs vésicaux, taille sus-pubienne, guérison, par Naismith. (*Edinb. med. Journ.*, février.) — Traitement du catarrhe vésical par la taille sus-pubienne et fistule temporaire (2 cas), par J. Davis. (*Journ. of Amer. med. Assoc*, p. 191, 8 février.) — Un cas de taille hypogastrique pour calculs datant de l'enfance avec déformation et déviation de la vessie, par Duchastelet. (*Rev. de chir.*, p. 939, 1889.) — Taille sus pubienne, par Lange. (*New York surg. Soc.*, 12 mars.) — 21 cas de taille sus pubienne, par Mc Guire. (*Med. News*, 17 mai.) — Maladie obscure de la vessie traitée par la taille sus-pubienne et le drainage prolongé, par Bangs. (*Journ. of cut. dis.*, juillet.) — Etude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique, par Dietz. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Valeur de l'injection comme moyen de diagnostic dans les cas douteux de rupture de la vessie, par Walsham. (*Lancet*, 2 août.) — Rupture de la vessie; erreur de diagnostic, par Bryant. (*New York med. Record*, p. 229, 1er mars.) — Etude sur l'exstrophie vésicale, par Marcas. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 mai.) — Un cas d'ectopie des viscères avec exstrophie de la vessie, par J. Coats. (*Glasgow med. Journ.*, p. 208, mars.) — Exstrophie de la vessie (2 observations, par C. Porter. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 529. 12 avril.) — Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie par un procédé nouveau, par Lacaze-Duthiers. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Hémorragie intra-vésicale, taille suspubienne; mort, par Spanton. (*Lancet*, 26 juillet.) —Observation d'hématurie, par Edm. Cautley. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXV, p. 229.) — Hématurie dans les néoplasmes de la vessie, suture totale de la vessie après la taille hypogastrique, par Guyon. (*Gaz. des hôp.*, 27 mai.) — La tuberculose de la vessie, par A. Stein. (*New York med. Record*, p. 488, 3 mai.) — Ulcération tuberculeuse de la vessie, guérison par le raclage après la taille, insuccès d'autres traitements, par Battle. (*Clin. Soc. of London*, 25 avril.) — Résultats éloignés du traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie, par Guyon. (*Rev. de chir.*, p. 937, 1889.) — Sur le diagnostic précoce des néoplasmes de la vessie et du rein au moyen du cystocope, par Faustin. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Epithelioma de la vessie, ablation de la tumeur et résection des parois vésicales, par Marsh. (*Lancet*, 5 juillet.)

Vin. — Note sur le titrage densimétrique de l'alcool des vins d'après le principe Tabarié, par Périer. (*Journ. de pharm.*, 15 juillet.)

Vision. — Coloration entoptique du champ visuel en pourpre violet, par Charpentier. (*Soc. de biol.*, 31 mai.) — Dédoublement de la sensation lumineuse, par A. Charpentier. (*Soc. de biol.*, 17 mai.) — Observations sur la vision sous-marine faites dans la Méditerranée à l'aide du scaphandre, par Fol. (*Acad. des sc.*, 27 mai.)

X

Xanthélasma. — Cas remarquable de xanthélasma, par Jackson. (*Journ. of cut. dis.*, juillet.)

Xeroderma. — De la dermatose de Kaposi, xeroderma pygmentosum, par ARCHAMBAULT. (*Thèse de Bordeaux.*)

Z

Zona. — Note sur 4 cas de zona et en particulier sur la douleur rachidienne dans la zone thoracique, par FÉRÉ. (*Rev. de méd.*, mai.) — Double zona lombaire, par Fox. (*Journ. of cutan. dis.*, mars, p. 105.) — Du zona épidémique, par WEIS. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 4 et 5.) — Herpès zoster de la bouche et des gencives, par HUGENSCHMIDT. (*Med. News*, 21 juin.) — Zona, récidive, traumatisme concomitant, par BOSSION. (*Dauphiné méd.*, 1er avril.) — Quelques cas de zona suivis de tuberculose, par LEMONNIER. (*Soc. de Dermat.*, 8 mai.)

LISTE DES OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA REVUE

Du 15 juillet au 15 octobre 1890.

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Traité de gynécologie clinique et opératoire, par le Dr Samuel Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un très fort volume grand in-8° de XXIV-1156 pages, avec 491 figures, relié toile. — Prix : 30 fr.

Sur les contagieuses et maudites Bubas (Histoire et Médecine), par Francisco Lopez de Villalobos (Salamanque, 1498). Traduction et commentaire par le Dr E. Lanquetin. — Un volume in-12 de 163 pages (de la Collection choisie des anciens syphiligraphes), sur papier vélin. — Prix : 4 fr.
Quelques exemplaires sur hollande. — Prix : 6 fr.

Recherches sur les maladies vénériennes à Paris, par le Dr O. Commenge, médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité. — Prix : 2 fr.

Leçons cliniques sur la grippe, à propos de l'épidémie 1889-1890, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille, par le Dr A. Villard. — Brochure in-8°. — Prix : 3 fr.

Traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée, par le Dr Florentin Bourbon, ancien interne des hôpitaux. — Brochure in-8°. — Prix : 2 fr.

L'Inspiration profonde active inconnue en physiologie, par Lafia Marquesi A. Ciccolini.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Leçons de clinique médicale, par H. Rendu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. Maladies générales; maladies du poumon et de la plèvre; maladies du cœur et des vaisseaux; maladies de l'estomac, du foie, de l'intestin, des reins; maladies du système nerveux. — Deux volumes grand in-8°, formant 1,100 pages. — Prix : 20 fr.

Traitement des maladies de la peau, avec un abrégé de la symptomatologie,

du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses, par le Dr L. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris. — Un fort volume grand in-8° de 940 pages. — Prix : 14 fr.

Leçons sur les maladies du larynx, faites à la Faculté de médecine de Bordeaux, par le Dr E.-J. Moure, professeur libre de laryngologie et de rhinologie. — Un volume grand in-8° de 600 pages, avec figures.—Prix : 10 fr.

Études sur les empoisonnements alimentaires, microbes et ptomaïnes, par les Drs Polin et Labit, médecins-majors des armées. — Un volume grand in-8° de 240 pages. — Prix : 5 fr.

Librairie **J.-B. Baillière et fils**, rue Hautefeuille, 19, Paris.

La Folie à Paris, par le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police. — Un volume in-16 de 350 pages. — Prix : 3 fr. 50.

La Neurasthénie, épuisement nerveux, par le Dr L. Bouveret, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1890. — Un volume in-8° de 220 pages. — Prix : 4 fr.

Manuel d'asepsie, la stérilisation et la désinfection par la chaleur, applications à la chirurgie, à l'obstétrique et à la médecine, par le Dr C. Vinay, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Paris, 1890. — Un volume in-18 jésus de 526 pages, avec 74 figures, cartonné. — Prix : 8 fr.

Contributions à l'étude des fractures de l'humérus, et de leur traitement par la gouttière plâtrée, par le Dr Victor Bouchet. — Paris, 1890. — Un volume grand in-8° de 83 pages, avec 1 planche. — Prix : 2 fr. 50.

Librairie **Asselin et Houzeau**, place de l'École-de-Médecine.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie, à l'usage des praticiens et des étudiants, par le professeur Simon Duplay. — Un volume in-18 de 192 pages, avec 44 figures dans le texte. — Prix : 2 fr.

Librairie **Lecrosnier et Babé**, place de l'École-de-Médecine, 23.

Action thérapeutique de Salies-de-Béarn contre l'évolution chronique des maladies et leurs complications microbiennes, par le Docteur R. Petit. — Un volume in-8°.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des Troubles trophiques dans l'hystérie, par le Dr Athanassio, préface par M. le professeur Charcot. — Ouvrage de 236 pages, 2 planches et 10 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 fr.

L'Année médicale (12e année) 1889. Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre, etc. — Un volume in-8°, 1890. — Prix : 4 fr.
Prix des tomes I à IX : 35 fr. 50, net, 12 fr. ; des tomes X et XI : 8 fr.

Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, par le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, etc., 2e édition. — Un volume petit in-8°, 2e partie (gratis pour les souscripteurs). — Prix de l'ouvrage complet, un fort volume in-8° : 14 fr.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine, directeur Jules Rochard.—Tome II, fascicule 6, chapitre IV, Théorie de l'alimentation, par le Dr Gabriel Pouchet. — Un volume in-8°, avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 2 fr. 50.

Avis. — A partir du 15 juillet, le prix de la souscription à forfait à l'ouvrage complet est porté de 120 fr. à 150 fr.
Tome IIIe, 1er fascicule, chapitres I et II, Villes en général, par le professeur Arnould Chapelle. — III. La ville souterraine, par le Dr Jules Rochard. — Un volume in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie **Georges Steinheil**, rue Casimir-Delavigne, 2.

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, par le Dr Lavaux. — Tome IIIe.

Étude sur le traitement de la teigne tondante, par le Dr A. Carrière.

Librairie du **Progrès médical**, 14, rue des Carmes.

Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétro-déviations de l'utérus, par le Dr M. Baudouin. — Un beau volume in-8° carré de 408 pages, sur papier teinté japon, avec 22 figures dans le texte.— Prix : 10 fr.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889, par les Drs Bourneville, Sollier et Pilliet. — Un beau volume in-8° de LVI-188 pages. — Prix : 5 fr.

Librairie **Lechevalier**, rue Racine, Paris.

Identité de la dengue et de la grippe-influenza, par le Dr Jules Rouvier.

Librairie **Coulet**, Montpellier.

Du Vertige cardio-vasculaire ou vertige des artério-scléreux, par le professeur J. GRASSET, leçons recueillies et publiées par le Dr G. RAUZIER.

Librairie **Stapelmohr**, Genève.

Étude sur les diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature, par GŒTZ, avec 29 figures dans le texte; mémoire couronné par la Faculté de médecine de Genève.

Librairie **Lamertin**, Bruxelles.

Premières Recherches sur la nature et l'étiologie du tétanos, par René VERHOOGEN et Charles BAERT.

Librairie **Gamberini et Parmeggiani**, Bologne.

Contributo alla casistica delle laparomiomectomie, del Dott. PERIZANI.

Librairie **Monti**, Bologne.

Rendiconto statistico sanitario delle ospedale maternita adesposti di Bologna, del marzo 1888 a tutto il 1889, del Dott. PINZANI.

Librairie **Nistri**, Pise.

Contributo alla istogenesi della nevroglia nel midollo spinale del pollo, ricerche del Dott. Pilade LACHI.

Librairie **Spandre et Lazzari**, Turin.

Sulla localizzazione del reflesso patellare nel midollo spinale; note cliniche ed anatomo microscopiche in un caso di frenosi paralitica tabica, per il Dott. SANNA-SALARIS.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Tipographia Cenniniana, Florence.

Sull' etiologia delle pneumoniti acute, del Guido Banti.

Librairie **Lemonnier**, Florence.

Sopra alcune localizzazioni extrapolmonari del diplococco lanceolata capsulato, ricerche del Dott. Guido Banti.

Librairie **Ferrari et Scozzi**, Venise.

Contributo alla fisio patologia dei tremori, ancora sull' atetosi doppia, per Dott. Massalongo.

Librairie **Tocco**, Naples.

Corea cronica progressiva, ricerche anatomiche del Dott. G. Cirincione et G. Mirto.

Lesioni nervose nella xerosi con emeralopia, ricerche batteriologiche ed anatomiche del Dott. Cirincione.

Librairie **dell' Unione**, à Naples.

Corea cronica progressiva e corea di Huntington, studio clinico dei Dott. G. Cirincione et G. Mirto.

Librairie **Morano**, Naples.

Contribuzione allo studio dei cilindromi, pel Dott. Cirincione.

Tracoma dei canalicoli lacrimali, pel Dott. G. Cirincione.

Librairie **Carosio**, Palerme.

Sulle cisti d'echinococco in genere e del fegato in particolare, pel Dott. Piazza-Martini.

Librairie **John Menzies et C°**, Glasgow.

A new theory of chloroform syncope, showing how the anesthetic ought to be administered, par Robert Kirk.

Librairie **Appleton**, New-York.

Lectures on some points in the treatmen and management of neuroses, par Seguin.

Le gérant : G. MASSON.

Société d'Imprimerie et Librairie Paul Dupont, Paris, 4, rue du Boulol (Cl.) 4.10.90.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XXXV ET XXXVI.

(ANNÉE 1890.)

A

Abadie, XXXVI, 284, 285.
Abbe, Robert, XXXV, 281; XXXVI, 243, 625.
Abel, Karl, XXXV, 185.
Abelmann, XXXVI, 444.
Abet, F.-J., XXXV, 84.
Abramowitsch, XXXV, 215.
Achard, XXXV, 514.
Acheson, Al., XXXVI, 271.
Ackeren, Fred. von, XXXV, 496.
Adam, XXXVI, 98.
Adamkiewicz, A., XXXVI, 461, 482.
Adler, A., XXXV, 668; XXXVI, 126.
Adelmann, G., XXXV, 630.
Adenot, E., XXXV, 69; XXXVI, 518.
Agostini, Cesare, XXXVI, 600.
Ahlfed, XXXV, 196.
Ala, S., XXXV, 493.
Albarran, XXXVI, 146.
Albert, XXXVI, 265.
Allingham, Herbert, XXXV, 281.
Allis, O.-H., XXXV, 257.
Alsberg, XXXV, 281.
Alt, Konrad, XXXV, 75.
Altenbach, XXXV, 558.
Altmann, Richard, XXXV, 449.
Amantini, C., XXXV, 410.
Amicis, de, XXXVI, 591.
Ampugnani, XXXV, 90.
Andeer, XXXVI, 98.
André, XXXVI, 440.
Andrews, Edmund, XXXV, 306; XXXVI, 469.
Angelini, A., XXXV, 473.
Angerer, XXXV, 604.
Annandale, XXXV, 611.
Annequin, XXXVI, 629.
Antolisei, E., XXXV, 473; XXXVI, 67.
Araki, XXXVI, 454.
Archambault, XXXVI, 204.
Arendt, Eugène, XXXVI, 162.
Argutinsky, P., XXXVI, 452.
Arloing, S., XXXV, 428; XXXVI, 489.
Armstrong, XXXV, 683, 707.
Arnaudet, XXXVI, 108.
Arndt, R., XXXVI, 461.
Arnozan, XXXV, 80; XXXVI, 184.
Arnschink, Ludwig, XXXVI, 41.
Arsonval, A. d', XXXV, 430.
Arthaud, XXXVI, 30, 40.
Arthus, M., XXXV, 437.
Ascher, XXXVI, 228.
Ashby, H., XXXVI, 579.
Athanassio, XXXVI, 527.
Atkinson, XXXV, 683.
Atthill, Lombe, XXXV, 559.
Audry, XXXV, 587, 601.
Augagneur, XXXVI, 218.
Austrie, Gob, XXXVI, 266.

B

Baas, XXXVI, 460.
Baaz, Hans, XXXV, 208.
Babès, XXXV, 45; XXXVI, 488, 491, 588.
Babinski, XXXV, 683.
Baccelli, G., XXXVI, 94.
Baenziger, XXXV, 672.

Bagini, E., XXXV, 486.
Baginsky, B., XXXV, 406, 566; XXXVI, 26.
Baillé, G., XXXV, 500.
Baker, R., XXXV, 244.
Balin, J., XXXV, 55; XXXVI, 571.
Ballance, A., XXXVI, 618.
Ballet, XXXVI, 151, 602.
Balzer, F., XXXV, 81, 589.
Banal, XXXV, 441.
Bar, XXXVI, 589.
Baraban, XXXV, 53, 123, 454; XXXVI, 598.
Barbier, Claude, XXXV, 703.
Bardach, XXXV, 473.
Bardeleben, XXXV, 652.
Bardet, XXXVI, 83, 97.
Barduzzi, XXXVI, 199.
Barié, XXXV, 582; XXXVI, 151, 152.
Barling, Gilbert, XXXV, 210.
Barlow, G., XXXVI, 244.
Barral, XXXV, 541.
Barré, XXXV, 212.
Bartels, XXXV, 655.
Barth, XXXVI, 302, 423.
Barthélemy, XXXVI, 196, 217.
Barton, XXXVI, 542.
Bastian, C., XXXV, 168; XXXVI, 520.
Bastianelli, R., XXXV, 432; XXXVI, 443.
Bataillard, XXXV, 198.
Battle, William-H., XXXVI, 536, 697.
Baudet, XXXVI, 672.
Baudouin, Marcel, XXXVI, 562.
Baumann, E., XXXV, 442.
Bazy, XXXV, 658.
Bechterew, W., XXXV, 25, 37, 438.
Becker, Karl, XXXV, 495, 676, 686, 713.
Beevor, Ch., XXXVI, 513.
Behrend, XXXV, 582.
Belfanti, XXXVI, 67.
Bélières, XXXV, 219.
Bellarminoff, XXXV, 679.
Belmondo, E., XXXV, 581; XXXVI, 592.
Benedikt, XXXV, 505.
Bennett, Hughes, XXXV, 126, 592.
Berbez, Paul, XXXV, 171.
Beregszaszy, XXXVI, 446.
Berger, E., XXXV, 680; XXXVI, 679.
Berger, Paul, XXXV, 257, 306, 601; XXXVI, 246, 621, 612, 661, 684.
Bergmann, von, XXXV, 617; XXXVI, 198.
Berkley, Henry, XXXVI, 513, 522.
Berlioz, XXXVI, 78.
Bernard, O., XXXV, 570.
Bertelli, Dante, XXXV, 402; XXXVI, 425.
Berthelot, XXXVI, 440.
Bertrand, XXXV, 525.
Bertschinger, XXXVI, 100.
Besnier, E., XXXV, 212, 573.
Bianchi, XXXV, 457.
Bickerton, H., XXXV, 230.
Biggs, XXXV, 123.
Bignonne, XXXVI, 589.
Biller, XXXVI, 85.
Billoir, XXXV, 587.
Bimar, XXXV, 56.
Binder, XXXV, 715.
Binet, Paul, XXXV, 494.
Bird, Golding, XXXV, 271.
Bischof, XXXVI, 471.
Bitot, XXXVI, 117, 464.
Bizzozero, G., XXXVI, 417, 425.
Blagovestschensky, XXXVI, 169.
Blanc, Emile, XXXV, 71, 192.
Blaschko, XXXVI, 5, 110.
Blasi, L. de, XXXV, 432; XXXVI, 100, 103.
Blattmann, A., XXXVI, 635.
Blenig, XXXV, 688.
Bleyer, XXXV, 713.
Bliesener, XXXVI, 485.
Bloch, L., XXXVI, 21.
Bockelmann, XXXV, 643.
Blocq, Paul, XXXVI, 463.
Boas, G., XXXVI, 542.
Bodenhamer, XXXV, 616.
Bœckel, Eug., XXXV, 616, 642.
Bœckel, Jules, XXXV, 275, 652.
Bœdeker, G., XXXVI, 224.
Böhm, R., XXXVI, 36.
Bohr, Christian, XXXVI, 439.
Boinet, XXXV, 58, 533; XXXVI, 207.
Bokenham, XXXVI, 503.
Boldt, XXXV, 565.
Bollinger, O., XXXVI, 66.
Bombicci, G., XXXVI, 71.
Bomsein, F., XXXV, 690.
Bonnafont, XXXV, 642.
Bonne, G., XXXVI, 456.
Bonnecaze, Arm., XXXV, 181.
Bönnecken, H.-B., XXXV, 279; XXXVI, 492.
Bonnet, H., XXXV, 236; XXXVI, 13.
Bordoni, L., XXXV, 469.
Borel, XXXVI, 281.
Borgherini, A., XXXV, 130, 151, 513.
Born, XXXV, 13.
Bossano, XXXV, 70, 479; XXXVI, 74.
Bossi, L.-M., XXXV, 202, 553.
Bosworth, F.-H., XXXVI, 295.
Botey, Ricardo, XXXVI, 684.
Bottard, XXXV, 490.
Bouchard, Ch., XXXV, 64, 72, 166, 474; XXXVI, 484, 527.
Bouisson, G., XXXVI, 149, 151
Bourget, XXXV, 492.
Bourguet, XXXV, 514.
Bourrier, XXXVI, 105.
Bourrus, XXXVI, 189.
Bouveret, XXXV, 528.

owditch, Vincent, XXXV, 161; XXXVI, 434.
owlby, A., XXXVI, 520.
oyd, Francis, XXXVI, 192.
oyer, J., XXXV, 109.
radfort, G.-Rose, XXXVI, 450.
radley, A., XXXV, 269.
ramann, XXXV, 613; XXXVI, 118, 680.
raquehaye, XXXVI, 657.
raun, L., XXXV, 182.
raun-Fernwald, E., XXXVI, 178.
reda, XXXV, 578.
rehmer, Herm., XXXV, 92.
reisacher, L., XXXV, 403.
riddon, XXXVI, 561.
rieger, L., XXXVI, 483.
rieger, O., XXXV, 539.
riesh, XXXV, 113.
rincken, von, XXXV, 634.
rissaud, E., XXXVI, 628, 692.
ristowe, John-Syer, XXXVI, 528.
roca, XXXVI, 231, 232.
rocq, XXXVI, 203, 206, 584.
rohl, XXXV, 303.
rothers, A., XXXVI, 178.
rouardel, XXXVI, 609.
rown, Haig, XXXV, 690.
rown-Séquard, XXXV, 424; XXXVI, 439.
ruce, David, XXXV, 533.
ruck, F., XXXV, 571.
ruhl, XXXV, 119; XXXVI, 522.
runet, G., XXXV, 94.
runn, XXXV, 154.
runs, L., XXXV, 140; XXXVI, 117.
runs, P., XXXVI, 708.
ryant, XXXV, 694.
uchholtz, XXXV, 47, 237.
uchler, XXXV, 569.
uchner, H., XXXV, 66, 67; XXXVI, 72.
uchwald, XXXVI, 212.
udin, P., XXXV, 188; XXXVI, 182.
uengner, O. von, XXXV, 700.
uffet, XXXV, 550; XXXVI, 165.
ugnion, Ed., XXXV, 57.
ull, W., XXXV, 292.
ullard, W., XXXV, 647.
ullen, XXXVI, 523.
umm, XXXVI, 14, 255.
unge, C., XXXV, 46.
urchardt, XXXVI, 282.
urckhardt, G., XXXVI, 31.
ureau, E. XXXVI, 671.
urlureaux, XXXVI, 208, 583.
urrel, H., XXXV, 647.
usey, Samuel, XXXVI, 473.
uss, O., XXXVI, 137.
utte, XXXVI, 30, 40.
uzzard, Thomas, XXXVI, 524, 527.

C

Cabadé, XXXVI, 60.
Cadéac, XXXV, 82, 488.
Cadiot, XXXVI, 531.
Cagney, James, XXXVI, 511.
Cahen, XXXVI, 524.
Calmette, Albert, XXXV, 167.
Camerer, W., XXXV, 41, 444.
Cammann, XXXVI, 87.
Campana, XXXV, 226; XXXVI, 204, 589.
Capparelli, A., XXXV, 32.
Carlier, V., XXXV, 641.
Carlier, E.-W., XXXV, 414.
Carpentier, Ch., XXXV, 405.
Carrasco, W., XXXVI, 537.
Carrieu, XXXV, 455.
Carson, XXXV, 612.
Cartaz, A., XXXV, 707; XXXVI, 676, 691.
Carter, Godfrey, XXXVI, 520.
Caruso-Pecoraro, XXXVI, 141.
Casper, XXXVI, 216.
Cassaet, XXXVI, 302.
Castan, XXXVI, 117.
Castex, A., XXXV, 288.
Castrono, A., XXXV, 411.
Cathelineau, XXXVI, 124, 527.
Catrin, XXXV, 499.
Cauchois, XXXV, 262.
Centanni, E., XXXV, 144.
Cerné, XXXV, 657.
Cerasi, XXXVI, 199.
Chabrely, XXXVI, 117, 553.
Chaleix, XXXV, 462.
Chamayou, XXXVI, 652.
Chambard, XXXV, 53.
Chambon, XXXV, 110.
Chambrelent, XXXV, 189.
Champeil, G., XXXVI, 419.
Chantemesse, XXXV, 70, 98, 116; XXXVI, 125, 595.
Chapin XXXV, 303.
Chapolot, XXXV, 562.
Chaput, XXXVI, 160, 172, 261.
Charazac, G., XXXVI, 301.
Charles, XXXVI, 569.
Charmoy, XXXVI, 590.
Charrin, A., XXXV, 62, 64, 72, 468.
Charteris, XXXVI, 77.
Chauvel, XXXV, 642; XXXVI, 249.
Chauveau, A., XXXV, 429; XXXVI, 60.
Chavière, XXXVI, 266.
Chelmonski, XXXV, 535.
Cheminade, XXXV, 223, 588.
Cherbuliez, E., XXXVI, 612.

Chesseret, XXXV, 156.
Cheyne, Watson, XXXVI, 697.
Chiari, XXXV, 290, 458.
Chiarugi, G., XXXV, 5, 15, 16.
Chibret, XXXV, 686.
Chievitz, XXXVI, 424.
Chipault, A., XXXVI, 290, 625.
Chittenden, R., XXXVI, 45.
Chirone, XXXVI, 80.
Chopin, Mlle G., XXXV, 79.
Christian, G., XXXV, 234; XXXVI, 603.
Cimbali, XXXV, 166.
Citron, H., XXXVI, 457.
Clark, XXXVI, 244, 252, 538.
Clarke, William, XXXVI, 640, 644.
Clarot, XXXVI, 648.
Clutton, H., XXXVI, 190.
Cnopf, XXXV, 562.
Coats, G., XXXVI, 255.
Cœster, XXXV, 249.
Cohen, G., XXXVI, 134.
Cohn, Félix, XXXVI, 48.
Cohn, M., XXXV, 487.
Cohn, Rudolf, XXXVI, 52, 56.
Cohnstein, XXXVI, 172.
Colasanti, XXXV, 441; XXXVI, 502.
Coleridge, XXXVI, 537.
Collins, T., XXXV, 671.
Colman, XXXVI, 98.
Colpi, J., XXXV, 77.
Colson, Ch., XXXVI, 479.
Combemale, XXXVI, 500.
Comby, XXXVI, 576.
Comte, J.-R., XXXVI, 233.
Condamin, XXXV, 20.
Copeman, Moukton, XXXVI, 445.
Contejean, Ch., XXXVI, 438.
Conzette, Gaston, XXXVI, 165.
Cook, G., XXXV, 288.
Coppens, XXXV, 290, 306.
Cordier, XXXV, 589, 590.
Coreil, F., XXXVI, 106.
Cornet, Georges, XXXV, 113, 472.
Cornil, XXXV, 280.
Corning, XXXV, 130.
Coste, XXXV, 692.
Courmont, G., XXXV, 67.
Courvoisier, XXXVI, 668.
Coutaret, C.-L., XXXVI, 549.
Cramer, A., XXXV, 135, 144; XXXVI, 84.
Credé, XXXV, 608.
Cripps, XXXVI, 604, 646.
Crisafulli, G., XXXV, 470; XXXVI, 60.
Cristiani, A., XXXVI, 152.
Crocker, XXXVI, 588.
Croft, XXXVI, 646.
Cuffer, XXXV, 530; XXXVI, 542.
Cullerre, A., XXXVI, 601.
Curtis, F., XXXV, 21.
Cutler, XXXV, 228.
Czermak, XXXV, 670.
Czerny, XXXV, 605; XXXVI, 259.

D

Dalton, H., XXXVI, 261.
Dana Ch., XXXV, 524; XXXVI, 530.
Danforth, G., XXXV, 297.
Danilewski, B., XXXVI, 35.
Danion, XXXVI, 167.
Dannheisser, G., XXXVI, 614.
Darier, G., XXXV, 575; XXXVI, 472.
Dastre, A., XXXV, 437, 466; XXXVI, 43, 492.
Daunic, XXXV, 589.
Dauriac, XXXV, 568.
Davy, Richard, XXXV, 271.
Debayle, L.-H., XXXVI, 160.
Debove, XXXV, 499, 541.
Decamps, Hector, XXXV, 265.
Decker, J., XXXV, 535; XXXVI, 281.
Decressac, E., XXXVI, 242.
Dees, O., XXXV, 402.
Defontaine, XXXVI, 273, 637.
Deipser, XXXV, 560.
Déjerine, J., XXXV, 513, 682; XXXVI, 119.
Delagenière, XXXVI, 637.
Delavan, XXXV, 706.
Delbet, XXXVI, 274.
Delépine, XXXVI, 472, 513.
Delétrez, A., XXXVI, 193.
Delitzin, XXXVI, 3.
Delplanque, H., XXXV, 490.
Dembowski, von, XXXV, 465.
Demery, E., XXXV, 34.
Demoulin, XXXV, 460.
Denys, XXXV, 415.
Dennis, Fr.-S., XXXVI, 268.
Dercum, F., XXXV, 259.
Deroche, René, XXXVI, 532.
Désiré, XXXVI, 675.
Desnos, E., XXXVI, 666.
Devic, XXXVI, 97.
Didier, A., XXXVI, 296.
Diller, Théodore, XXXV, 524 XXXVI, 223.
Dimmer, XXXVI, 281.
Dinkler, M., XXXV, 581, 657, XXXVI, 282.
Disse, J., XXXV, 407, 411.
Dittrich, P., XXXV, 191.
Doerfler, Hans, XXXVI, 137.
Dogiel, XXXVI, 429, 493.
Dohrn, XXXVI, 22.
Dolard, XXXVI, 283.
Dolega, XXXV, 577.
Doléris, XXXV, 174, 176, 178, 179.
Doll, K., XXXV, 630, 631.

Dollinger, Julius, XXXV, 628, 647.
Dormand, R., XXXV, 229.
Dor, Louis, XXXVI, 294.
Dorn, XXXVI, 680.
Dorta, T., XXXV, 22.
Douglas, G., XXXVI, 453.
Doutrelepont, XXXVI, 200.
Dresch, XXXVI, 508.
Dreschsel, E., XXXV, 446.
Dreyfous, F., XXXV, 140.
Dubief, XXXV, 119; XXXVI, 676.
Dubiquet, XXXVI, 500.
Dubler, XXXV, 459.
Dubois, XXXV, 517.
Dubourg, E., XXXV, 42.
Dubreuilh, XXXVI, 117, 586.
Dubrueil, XXXV, 156, 546, 618, 640.
Duclos, XXXVI, 553.
Ducasse, A., XXXVI, 576.
Du Cazal, XXXVI, 116.
Duckworth, Dyce, XXXV, 282; XXXVI, 644.
Ducrey, XXXVI, 219.
Ducurtil, Eugène, XXXV, 311.
Dujardin-Beaumetz, XXXV, 505.
Dührssen, XXXV, 557; XXXVI, 170.
Dumesnil, A., XXXV, 311.
Dumoret, Paul, XXXV, 179.
Duncan, William, XXXVI, 570.
Duplay, Simon, XXXVI, 160, 231.
Duplouy, XXXVI, 191.
Duponchel, E., XXXVI, 701.
Dupont, Charles-Georges, XXXV, 248.
Duprat, A., XXXVI, 404.
Duquaire, XXXVI, 709.
Dussert, XXXVI, 583.
Dutartre, Abel, XXXV, 85.
Dutil, A., XXXV, 150; XXXVI, 121.
Duval, Mathias, XXXV, 17; XXXVI, 430.
Duyse, van, XXXVI, 279.
Dwight, XXXVI, 622.

E

Eberhart, XXXV, 196.
Eberth, C., XXXV, 477.
Ebstein, W., XXXVI, 487.
Edington, Alex, XXXV, 78.
Edge, XXXVI, 524.
Edgren, XXXVI, 148.
Egasse, XXXVI, 491.
Ehlers, XXXVI, 460.
Ehrmann, XXXVI, 593, 632.
Eichhorst, H., XXXVI, 503.
Einhorn, XXXV, 162; XXXVI, 126.
Eiselsberg, von, XXXV, 602.
Eisenhart, XXXVI, 171.
Eisenlohr, XXXVI, 513, 516.
Eisler, P., XXXVI, 10.
Ellenberger, XXXV, 35, 435; XXXVI, 442.
Ely, XXXV, 164; XXXVI, 543.
Eperon, XXXV, 171.
Eraud, XXXVI, 220.
Eraud, XXXVI, 220.
Erb, W., XXXV, 505; XXXVI, 153.
Ernst, D., XXXV, 99.
Ernst, Harold, XXXV, 113.
Escherisch, XXXVI, 190.
Eschricht, XXXVI, 239.
Esmarch, V., XXXV, 600.
Espine, d', XXXVI, 68.
Ettinger, L., XXXV, 191.
Etzold, E., XXXVI, 631.
Eugster, A., XXXV, 526.
Eustache, XXXV, 192.
Evans, XXXV, 130.
Eversbusch, XXXVI, 288.
Ewald, C.-A., XXXV, 441, 535; XXXVI, 542.
Ewart, XXXVI, 538.
Exner, Sigm., XXXV, 25.

F

Faber, Kund, XXXVI, 201.
Fabre, XXXV, 577.
Fabry, XXXV, 583; XXXVI, 204.
Fagerlund, L.-W., XXXVI, 608.
Falcoz, XXXVI, 656.
Falk, A., XXXV, 250; XXXVI, 77, 495, 564.
Fallier, L., XXXV, 265.
Farines, XXXV, 144.
Fasola, G., XXXVI, 29.
Fawitzky, XXXVI, 141.
Fazio, E., XXXVI, 107.
Fedotow, XXXV, 223.
Fehling, XXXVI, 175, 567.
Feilchenfeld, XXXV, 659; XXXVI, 63.
Fenger, Ch., XXXV, 297.
Féré, Ch., XXXV, 37, 38, 230, 231, 232; XXXVI, 124, 228, 588.
Féréol, XXXVI, 553.
Fernbach, A., XXXVI, 61.
Ferrand, XXXVI, 125.
Ferrannini, A., XXXV, 482, 483; XXXVI, 137.
Ferraro, Pasquale, XXXV, 156, 475.
Ferrière, A., XXXVI, 225.
Ferroud, XXXVI, 121.
Feulard, XXXVI, 584.
Fichtner, XXXV, 541; XXXVI, 148.
Fick, A., XXXV, 535, 676; XXXVI, 36, 38, 441.

Filehne, XXXVI, 497.
Finny, Magee, XXXVI, 516.
Firket, XXXVI, 30.
Fischer, E., XXXVI, 282.
Fischer, F., XXXVI, 658.
Fischer, Georg, XXXV, 595, 603, 664, 669.
Flammarion, XXXV, 592.
Flechsig, Paul, XXXVI, 26.
Fleiner, XXXV, 590.
Flemming, W., XXXV, 417.
Flothmann, XXXV, 58.
Fletcher, XXXV, 431.
Folin, Severin, XXXV, 447.
Foote, Ch., XXXV, 117.
Fordyce, XXXV, 550.
Forgue, XXXV, 273.
Forster, J., XXXV, 81.
Fortin, XXXV, 156.
Fortunet, Désiré de, XXXV, 590.
Foulenton, XXXV, 697.
Foureur, A., XXXV, 63; XXXVI, 210, 214.
Fournier, XXXVI, 584, 593.
Fowler, G., XXXV, 535; XXXVI, 300.
Fraenkel, A., XXXV, 485.
Fraenkel, B., XXXV, 24, 697; XXXVI, 291, 299, 685.
Fraenkel, C., XXXVI, 101, 483, 553.
Fraenkel, Eug., XXXVI, 64, 291.
Franck, F., XXXV, 427, 466, 531; XXXVI, 449.
Franck, Kendal, XXXVI, 648.
Frank, XXXV, 297.
Franke, F., XXXV, 261.
Fredericq, Léon, XXXV, 425; XXXVI, 438, 453.
Freeborn, XXXV, 164.
Freund, S., XXXV, 238, 548.
Freund, W., XXXV, 196; XXXVI, 564.
Frey, M. von, XXXVI, 33, 437.
Fricke, XXXV, 458.
Friedlænder, XXXV, 705.
Friedmann, M., XXXVI, 404.
Friend, W., XXXV, 404.
Fritsch, XXXV, 204; XXXVI, 572.
Frommel, XXXVI, 158.
Fubini, S., XXXV, 432.
Fuchs, XXXVI, 279.
Fueter, F., XXXV, 255.
Fulton, J., XXXV, 679.
Fürstner, XXXV, 237.
Futterer, XXXVI, 116.

G

Gabbi, Umberto, XXXV, 68, 152, 690.
Gad, J., XXXV, 425.
Gaidner, W., XXXV, 123.
Gaillard, J.-E., XXXV, 115, 119.
Galignani, Antoine, XXXV, 591.
Galippe, XXXV, 73.
Gallerani, XXXVI, 434.
Gallois, E., XXXV, 80, 97, 199.
Gamaleia, XXXV, 63; XXXVI, 74.
Gardner, W., XXXVI, 562.
Garel, J., XXXV, 704, 707; XXXVI, 121, 294.
Garnier, Paul, XXXVI, 222.
Garré, XXXVI, 296.
Garrigues, Henry, XXXV, 209; XXXVI, 569.
Garrod, A., XXXVI, 580.
Gast, XXXV, 682.
Gaube, XXXV, 42.
Gaucher, XXXVI, 595.
Gaumé, XXXV, 580.
Gaume, L., XXXVI, 457.
Gautier, V., XXXV, 554; XXXVI, 97.
Gay, W., XXXV, 168; XXXVI, 76.
Gebhardt, Fr., XXXVI, 487.
Gee, Samuel, XXXVI, 532.
Gehuchten, van, XXXV, 9, 409.
Gelpke, XXXV, 677.
Geppert, J., XXXV, 481.
Gerhardt, C., XXXVI, 156, 297.
Gerlach, F., XXXV, 241.
Gessard, C., XXXVI, 62, 489.
Gessner, XXXV, 670.
Geyer, XXXVI, 54.
Giacomini, XXXV, 56.
Gibert, XXXVI, 198.
Gibbons, A., XXXV, 565.
Gibney, XXXVI, 622.
Gieson, van, XXXV, 164.
Gilbert, XXXV, 474; XXXVI, 144, 211, 527, 531.
Gill, XXXVI, 271.
Gilles de la Tourette, XXXV, 505; XXXVI, 121, 124, 527.
Gimard, Martin de, XXXVI, 188.
Giovannini, XXXV, 579, 582, 584; XXXVI, 75.
Girard, XXXV, 303; XXXVI, 247.
Girard, H., XXXV, 436.
Girard, de, XXXVI, 106.
Giraud, XXXVI, 221.
Girode, XXXV, 147; XXXVI, 126.
Giulini, XXXV, 546.
Glaser, XXXVI, 553.
Gley, E., XXXV, 431, 487.
Glœckner, XXXVI, 169.
Glover, XXXVI, 689.
Godlee, Rickmann, XXXV, 157.
Gold, Jacob, XXXV, 544.
Goldenhorn, E., XXXV, 292; XXXVI, 137.
Goldscheider, XXXVI, 451.
Goldzieher, XXXVI, 280.
Golgi, XXXVI, 67.
Goltz, XXXVI, 58.

Gombault, XXXV, 647.
Gonthier, XXXV, 97.
Goodhart, James, XXXVI, 553.
Gordon, John, XXXVI, 500.
Gottschalk, S., XXXV, 555; XXXVI, 14.
Gouguenheim, A., XXXV, 712; XXXVI, 290, 682, 689.
Gradenigo, J., XXXV, 714, 715.
Grancher, J., XXXVI, 114, 505.
Grandin, XXXV, 175.
Grandis, V., XXXV, 77.
Grandmaison, de, XXXV, 172.
Grasset, J., XXXV, 144, 514; XXXVI, 527.
Grassi, B., XXXV, 411.
Grawitz, E., XXXV, 55, 450; XXXVI, 187, 638.
Green, E., XXXV, 663.
Greenough, XXXV, 587.
Gréhant, N., XXXV, 87.
Greiwer, XXXVI, 672.
Grenier, XXXVI, 153.
Greppin, XXXVI, 27.
Griffiths, XXXV, 418; XXXVI, 485.
Grilli, Pietro, XXXVI, 141.
Groenouw, XXXV, 687.
Gröper, E., XXXV, 436.
Gross, XXXVI, 30.
Grosse, J., XXXV, 168.
Grossmann, XXXV, 663; XXXVI, 480.
Gruenfeld, A., XXXVI, 81.
Grünwald, XXXV, 702.
Gualdi, T., XXXV, 473; XXXVI, 67.
Gucci, Raffaello, XXXV, 239.
Guéniot, XXXV, 555, 563; XXXVI, 173, 477.
Guenzburg, XXXV, 535.
Guerber, XXXV, 676.
Guignard, L., XXXV, 72.
Guinard, A., XXXVI, 404.
Guitton, XXXV, 273.
Gumlich, XXXV, 441.
Günther, XXXV, 61.
Guttmann, Paul, XXXV, 100, 485; XXXVI, 53, 89.
Guyer, O., XXXV, 713.
Guyon, XXXV, 590, 624; XXXVI, 450.
Guziew, XXXV, 214.
Guzzoni Degli Ancarani, XXXV, 559.
Gyedroic, XXXV, 223.
Gyurman, XXXV, 519.

H

Habart, XXXVI, 708.
Habermann, XXXVI, 302.
Hache, E., XXXV, 11.
Hacker, von, XXXV, 593; XXXVI, 638.
Hadden, W., XXXVI, 539.
Hadjès, Alfred, XXXVI, 559.
Hadra, XXXV, 306.
Haffter, E., XXXV, 217; XXXVI, 99, 233.
Hafner, Carl, XXXV, 137.
Hagemann, J., XXXV, 75.
Hagen, Bessel, XXXV, 636.
Hahn, Eugen, XXXV, 223, 275; XXXVI, 637.
Haig, A., XXXVI, 508.
Hajek, M., XXXVI, 682.
Hall, John, XXXV, 95.
Hallager, F., XXXVI, 226.
Halliburton, XXXVI, 404, 455.
Hallopeau, XXXV, 213; XXXVI, 200, 583, 584.
Halsch, XXXVI, 277.
Hamburger, E., XXXV, 415.
Hammarsten, Olof, XXXV, 44.
Hammer, H., XXXVI, 685.
Hanau, XXXV, 467.
Handford, H., XXXV, 168.
Hankin, H., XXXVI, 490.
Hanot, XXXVI, 144.
Hansberg, XXXVI, 678.
Hansemann, XXXV, 545; XXXVI, 470.
Hardy, E., XXXVI, 47.
Harris, Delpratt, XXXV, 157.
Harris, Robert, XXXVI, 176, 572.
Harris, Thomas, XXXVI, 468.
Harris, Vincent, XXXVI, 510.
Hart, Berry, XXXV, 202.
Hartmann, A., XXXV, 717.
Hashimoto, XXXVI, 638.
Haushalter, XXXV, 99; XXXVI, 98, 509, 584.
Hawley, J.-S., XXXV, 202.
Hay, XXXV, 123.
Haycraft, John Berry, XXXV, 414, 445; XXXVI, 50.
Hayem, G., XXXV, 60, 120; XXXVI, 87, 130, 556, 580, 582.
Hebra, H. von, XXXVI, 201.
Heckel, XXXVI, 83.
Heddæus, XXXV, 126, 290.
Heidenhain, Lothar, XXXV, 278, 627; XXXVI, 38, 242, 612.
Heimann, XXXVI, 225.
Heinisch, G., XXXV, 77.
Heinricius, G., XXXV, 28, 192; XXXVI, 14.
Heinz, R., XXXVI, 79, 497.
Heitzmann, XXXVI, 421.
Helferich, XXXVI, 249.
Hellich, XXXV, 60.
Helpup, XXXVI, 78.
Henneguy, L.-P., XXXV, 9.
Hennequin, J., XXXVI, 656.
Henoch, E., XXXV, 577.

Herczel, E., XXXV, 621.
Hergott, A., XXXVI, 174.
Héricourt, F., XXXVI, 486.
Hering, XXXVI, 277.
Hermann, E., XXXV, 627.
Hermann, L., XXXVI, 39.
Hermann, F., XXXV, 417; XXXVI, 11.
Herringham, XXXVI, 530.
Herter, E., XXXV, 435.
Hervieux, XXXVI, 104.
Herxheimer, XXXVI, 4.
Heryng, Theodor, XXXV, 705.
Herzfeld, J., XXXV, 412.
Herzog, B., XXXVI, 222.
Hess, XXXV, 660; XXXVI, 275, 681.
Heubel, Emil, XXXVI, 36.
Heubner, O., XXXVI, 581.
Heuck, XXXV, 500.
Heusner, XXXV, 312.
Heuverswyn, XXXVI, 126.
Heydrich, XXXVI, 174.
Heymann, P., XXXVI, 297.
Heymann, R., XXXV, 413.
Heymans, J.-F., XXXV, 403, 490.
Hirchberg, K., XXXV, 636, 662, 674, 675.
Hirschberg, XXXVI, 280.
Hirschberger, Karl, XXXV, 471.
Hirschfeld, Eugene, XXXV, 45; XXXVI, 53.
Hirschl, Adolf, XXXVI, 55.
His, XXXV, 1.
Hochenegg, XXXV, 651; XXXVI, 251.
Hochsinger, XXXVI, 209, 580.
Hœberlin, XXXV, 535.
Hœgyes, A., XXXV, 477.
Hoeltmann, XXXV, 595.
Hoesslin, H. von, XXXVI, 131, 146.
Hoffmann, F.-A., XXXVI, 465.
Hoffmann, Max, XXXVI, 675.
Hoffmann, J., XXXV, 515.
Hoffmann, C.-K., XXXV, 418.
Hofmeister, XXXV, 35, 435; XXXVI, 46, 442.
Holowko, A., XXXVI, 568.
Hollstein, XXXV, 202.
Holschewnikoff, XXXVI, 522.
Holste, Arnold, XXXV, 714.
Homen, E.-A., XXXVI, 189.
Honigmann, XXXV, 88.
Hoppe-Seyler, F., XXXV, 39, 447, 578.
Horowitz, XXXVI, 13, 427.
Horsley, V., XXXV, 595; XXXVI, 447, 480.
Horteloup, XXXV, 656.
Hosch, XXXV, 681.
Hoven, XXXV, 135.
Hovent, XXXV, 89.
Hoyer, H., XXXV, 408.
Huber, A., XXXV, 154.
Huchard, H., XXXV, 122; XXXVI, 536, 558.
Hudelo, XXXVI, 209.
Hudransky, L. von, XXXV, 442.
Huels, XXXVI, 131.
Hüfner, G., XXXV, 33.
Hugues, XXXVI, 633.
Humbert, XXXVI, 219, 584.
Hunter, William, XXXVI, 52.
Hutchinson, XXXV, 687; XXXVI, 283, 585.
Hutinel, XXXV, 568; XXXVI, 188.

I

Icard, XXXVI, 599.
Ilosva, Ilosway, de N., XXXVI, 47.
Ingals, Fletcher, XXXVI, 244, 289, 292.
Isambard, XXXV, 269.
Israel, J., XXXVI, 251, 491.
Israël, O., XXXVI, 696.

J

Jaboulay, XXXV, 20; XXXVI, 625.
Jacobi, XXXV, 89.
Jackson, Fr., XXXV, 152.
Jackson, Hughlings, XXXVI, 513.
Jackson, Reeves, XXXV, 215, 303, 304; XXXVI, 673.
Jacobson, XXXV, 673.
Jacoby, G.-W., XXXVI, 85.
Jaffé, XXXVI, 458.
Jager, I. de, XXXVI, 456.
Jaksch, XXXVI, 542.
Jalaguier, XXXVI, 642, 664.
Jamison, Arthur, XXXV, 214.
Janet, XXXV, 590.
Janssens, E., XXXV, 109.
Jaquet, XXXVI, 454.
Jastrowitz, XXXV, 98.
Jeannel, XXXV, 288; XXXVI, 260.
Jensen, XXXV, 236.
Jessett, Frédérick, XXXVI, 641.
Jessinewski, XXXVI, 631.
Joachimsthal, XXXV, 636.
Joal, XXXV, 540.
Jofé, Hillel, XXXV, 35.
Joffroy, A., XXXV, 514; XXXVI, 602.
Johansson, J.-E., XXXV, 426; XXXVI, 435, 436, 542.
Jolin, S., XXXV, 251.
Joly, F., XXXVI, 502.
Jones, A.-D., XXXVI, 560.
Jones, Lewis, XXXVI, 426.
Jones, Lloyd, XXXVI, 503.

ones, Robert, XXXV, 258; XXXVI, 618.
onnesco, XXXVI, 266, 647.
onquière, George, XXXVI, 690.
oseph, Max, XXXV, 137, 215, 425, 563.
uergens, XXXV, 586.
ulliard, XXXVI, 568.
uhel-Rénoy, XXXV, 96; XXXVI, 184.
ullien, Louis, XXXVI, 215.
ürgensen, XXXV, 505.

K

Kaestner, Wilhelm, XXXV, 470.
Kahler, XXXVI, 156.
Kalabin, XXXV, 202.
Kalt, XXXV, 659.
Kaltenbach, XXXVI, 177.
Kanthack, A., XXXV, 413; XXXVI, 422.
Kappeler, O., XXXVI, 233.
Kaposi, XXXV, 88, 207.
Karewski, XXXV, 636; XXXVI, 659.
Karlinski, G., XXXVI, 705.
Kartulis, XXXVI, 137.
Kasem-Bek, A., XXXVI, 437.
Katz, L., XXXV, 74, 405.
Kaufmann, C., XXXV, 311; XXXVI, 40, 193.
Keen, XXXVI, 226.
Keibel, XXXVI, 14, 415.
Keller, XXXV, 36.
Keller, H., XXXV, 501; XXXVI, 505, 618.
Key-Aberg, Algot, XXXV, 251.
Kidd, Percy, XXXVI, 296.
Kiewlicz, XXXV, 144.
Killian, G., XXXV, 414.
Kinnicutt, F., XXXV, 292, 494.
Kipp, Ch., XXXV, 667.
Kirchhoff, XXXV, 276.
Kirkham, W., XXXVI, 578.
Kirmisson, XXXV, 265, 271; XXXVI, 247, 664.
Kirsch, XXXV, 124; XXXVI, 31.
Kirstein, XXXVI, 59.
Kisch, Henrich, XXXVI, 126.
Kitasato, S., XXXV, 115, 450.
Kiwull, E., XXXV, 483.
Klebs, XXXV, 154, 449.
Klein, G., XXXV, 310, 528, 558.
Kleinwaechter, XXXV, 182.
Klemperer, G., XXXV, 438, 535; XXXVI, 44, 146, 155, 504.
Klimesch, XXXVI, 86.
Klinger, XXXV, 611.
Klippel, XXXV, 451.
Kloman, XXXVI, 266.
Knapp, XXXV, 673.
Knies, XXXV, 684.
Knoblauch, XXXV, 130.
Knoll, Ph., XXXVI, 437.
Knoxbond, XXXVI, 96.
Kobert, XXXVI, 80.
Koch, P., XXXV, 710.
Kocher, Théodore, XXXV, 595; XXXVI, 251, 649.
Kœhler, A., XXXV, 601.
Kœttnitz, XXXVI, 49.
Kofler, XXXV, 515.
Kohl, XXXVI, 507.
Köhler, R., XXXV, 640, 643, 651.
Kohlmann, XXXV, 139.
Kolatschewsky, S., XXXV, 292.
Kollmann, XXXVI, 21.
Kölliker, V., XXXVI, 402.
Kompe, XXXVI, 146.
Kouindjy-Pomerantz (Mme), XXXVI, 494.
Köppen, XXXV, 241.
Koranyi, A. von, XXXVI, 433.
Körber, B., XXXVI, 615.
Korkunoff, A.-P., XXXV, 710.
Koslowsky, XXXV, 261.
Kostaneki, K. von, XXXV, 693.
Kræpelin, XXXVI, 599.
Krakauer, XXXV, 696.
Krantz, W.-Hult, XXXVI, 43.
Kraus, Fr., XXXV, 39.
Krause, Fédor, XXXV, 277, 610, 628, 631, 636; XXXVI, 269.
Krause, H., XXXVI, 447.
Krehl, Ludolf, XXXV, 26; XXXVI, 33, 42, 437.
Krieg, XXXV, 698.
Krieger, G., XXXVI, 89.
Kroenlein, XXXV, 292, 297, 603.
Kroll, W., XXXV, 689; XXXVI, 289.
Kromayer, E., XXXV, 563; XXXVI, 202, 421.
Kronfeld, XXXV, 80.
Krull, Eduard, XXXV, 89, 498.
Krüger, F., XXXVI, 32.
Kruse, XXXVI, 172.
Kuester, XXXV, 85.
Kuehn, XXXVI, 302.
Kuhn, H., XXXV, 716; XXXVI, 25.
Kühne, W., XXXVI, 45.
Kühnemann, XXXVI, 196.
Kuhnow, XXXV, 190.
Kumagawa, Muneo, XXXV, 438.
Kümmel, W., XXXV, 458, 620, 621; XXXVI, 256, 625.
Kümmell, XXXV, 309.
Kummer, E., XXXV, 631.
Kunkel, XXXVI, 493.
Küppfer, C., von, XXXVI, 25.
Kurlow, XXXV, 161.
Küster, E., XXXVI, 287.

L

Labadie-Lagrave, XXXV, 553.
Laborde, XXXV, 82; XXXVI, 76.
Labougle, XXXV, 641.
Lachi, P., XXXV, 401.
Lacoarret, L., XXXV, 699.
Ladame, P., XXXV, 505; XXXVI, 119.
Lafon, H., XXXVI, 141.
Laker, XXXVI, 512.
Lalesque, XXXVI, 589.
Lambling, E., XXXV, 27.
Lampiasi, XXXVI, 618.
Lamy, A., XXXVI, 124.
Lancereaux, E., XXXV, 47, 86; XXXVI, 149, 556.
Landerer, A., XXXV, 256, 498; XXXVI, 635.
Landgraf, XXXV, 710, 711; XXXVI, 297.
Landois, XXXVI, 224, 695.
Lane, Arbuthnot, XXXVI, 618, 622, 697.
Lang, T., XXXV, 586.
Lange, V., XXXVI, 83.
Langenbuch, XXXV, 297, 306; XXXVI, 249.
Langendorff, XXXV, 12.
Langley, J.-N., XXXV, 431; XXXVI, 445, 501.
Langlois, P., XXXV, 30, 97, 482.
Langmaid, XXXVI, 297.
Langton, John, XXXV, 282; XXXVI, 644.
Lannelongue, XXXV, 598, 654; XXXVI, 617.
Lannois, XXXV, 714.
Lantz, Arm., XXXV, 546.
Lapersonne, de, XXXV, 591.
Lapeyre, XXXV, 51.
Lapicque, XXXV, 46, 81; XXXVI, 82.
Laquer, XXXV, 140.
Larat, XXXV, 290.
Larer, XXXV, 154.
Larkin, Charles, XXXV, 258.
Laruelle, XXXVI, 64.
Lassar, XXXV, 583.
Lauenstein, C., XXXV, 269, 605, 631; XXXVI, 251, 640, 654, 657.
Laulanié, F., XXXV, 30.
Laure, XXXV, 561.
Laurent, A., XXXV, 628; XXXVI, 105.
Laveran, XXXVI, 539.
Lea, Sheridan, XXXVI, 441.
Lebedeff, XXXVI, 166.
Leclerc, XXXV, 544.
Lecorché, XXXVI, 596.
Ledderhose, G., XXXVI, 693.
Le Dentu, XXXV, 296; XXXVI, 247.
Lees, XXXVI, 507.
Legry, T., XXXVI, 144.
Lehr, XXXV, 99.
Lejars, XXXVI, 231.
Leloir, XXXV, 208; XXXVI, 104, 195, 587, 590.
Lemoine, XXXV, 486, 540; XXXVI, 495, 502.
Lenhartz, XXXV, 452; XXXVI, 542.
Leo, Hans, XXXV, 167, 445.
Leopold, XXXV, 205.
Lépine, R., XXXV, 232, 480, 541; XXXVI, 482.
Leprevost, XXXV, 211, 656.
Leroy, C.-G.-A., XXXVI, 43, 117.
Lespinasse, XXXV, 581.
Lesser, XXXV, 88.
Leszynsky, XXXV, 217.
Letienne, XXXV, 195.
Letulle, M., XXXV, 140, 492; XXXVI, 539.
Letzerich, XXXVI, 75.
Leu, XXXV, 499; XXXVI, 706.
Leube, XXXVI, 116.
Leubuscher, G., XXXV, 469; XXXVI, 90, 485.
Levy, William, XXXVI, 110.
Lewentaner, XXXV, 100.
Lewin, XXXV, 221.
Lewis, Morris, XXXV, 100.
Leyden, E., XXXV, 221, 282, 528; XXXVI, 89, 141, 255, 533, 632.
Liborius, XXXV, 115.
Lichtheim, XXXV, 533; XXXVI, 462.
Lieberkuehn, M., XXXVI, 14.
Liebman, C., XXXV, 185.
Liebmann, V., XXXV, 52.
Liégeois, XXXV, 84.
Liebrecht, XXXVI, 279.
Limbeck, von, XXXVI, 550.
Lindenborn, H., XXXV, 79.
Linhart, XXXVI, 91.
Linossier, G., XXXV, 250.
Lion, G., XXXV, 474; XXXVI, 129, 211.
Lipari, G., XXXV, 470, 543; XXXVI, 60.
Lissauer, H., XXXV, 511.
Lister, XXXVI, 240.
Litten, XXXV, 216; XXXVI, 141, 466.
Livon, XXXVI, 77.
Lœb, J., XXXVI, 37.
Lœhlein, XXXVI, 173, 256.
Lœwe, Ludwig, XXXV, 715.
Lœwenthal, XXXV, 588.
Lœwy, A., XXXVI, 39, 44.
Lombard, XXXVI, 434.
Lomer, XXXV, 422; XXXVI, 161.
Loomis, XXXV, 568.

Lorentzen, Carl, XXXVI, 552.
Lovy, XXXVI, 593.
Löwenfeld, L., XXXV, 150, 650.
Löwit, M., XXXV, 406.
Loye, P., XXXV, 466; XXXVI, 609.
Lubarsch, XXXVI, 85, 489.
Lublinski, XXXVI, 297, 677.
Luc, XXXVI, 676.
Luca, R. de, XXXV, 584; XXXVI, 203, 216.
Lucas, C., XXXV, 569.
Lucas-Championnière, J., XXXV, 643; XXXVI, 167, 567, 664.
Ludwig, XXXVI, 56.
Luff, Arthur, XXXV, 40.
Lusch, Gottfried, XXXVI, 121.
Lusk, XXXVI, 181.
Lussana, Felice, XXXV, 544.
Lustig, Alexandre, XXXV, 33.
Lwoff, XXXV, 504; XXXVI, 407.
Lyon, G., XXXVI, 303, 548.
Lyot, XXXVI, 652.

M

Maas, XXXVI, 5.
Macdonald, W., XXXVI, 516.
Macewen, W., XXXVI, 520.
Macfadycan, J., XXXV, 49.
Macfarlane, Langhlin, XXXV, 592.
Mackenzie, C., XXXVI, 229.
Mackenzie, R., XXXVI, 453.
Madelung, XXXV, 457.
Maffucci, A., XXXV, 470.
Magnan, XXXV, 504.
Magnus, XXXV, 674, 683.
Mahnert, XXXV, 74.
Maikey, Edw., XXXV, 157.
Maieff, de, XXXVI, 594.
Mairet, XXXV, 230; XXXVI, 225.
Makins, M., XXXV, 592.
Makrocki, XXXVI, 280.
Malassez, XXXV, 575.
M'Aldowie, A., XXXV, 522.
Malherbe, A., XXXVI, 668.
Malins, Edward, XXXV, 174.
Mallet, XXXV, 50.
Manasse, Paul, XXXVI, 455.
Mandry, XXXVI, 218.
Mandelstamm, XXXVI, 98.
Mangin, XXXV, 174.
Manley, Thomas-H., XXXV, 265.
Mann, Dixon, XXXVI, 534.
Mann, Methew, XXXVI, 167.
Mantel, XXXVI, 569.
Marandon de Montyel, XXXVI, 603.
Marano, XXXVI, 293.
Marcacci, A., XXXV, 23, 36.
Marchal, P., XXXV, 41.
Marchand, Gérard, XXXVI, 629.
Marckwald, M., XXXV, 27.
Maréchaux, XXXVI, 84.
Marès, XXXV, 60.
Marestang, XXXVI, 550.
Margoulieff, Mlle, XXXV, 173.
Marie, XXXV, 169.
Marignac, E. de, XXXVI, 68.
Marina, Alessandro, XXXV, 147.
Marinesco, Georges, XXXVI, 463.
Marmé, XXXV, 488.
Marriott, XXXVI, 635.
Marro, A., XXXVI, 229.
Marsh, XXXVI, 86.
Martell, XXXV, 256.
Martin, Emil, XXXV, 269.
Martin, Hippolyte, XXXV, 682.
Martini, V., XXXV, 486.
Martinotti, G., XXXV, 60.
Martius, XXXV, 545, 708.
Maschka, von, XXXVI, 612.
Masius, J.-B., XXXV, 36.
Mason, A., XXXVI, 254.
Massazza, G., XXXV, 493.
Massei, XXXV, 708.
Masselin, E.-J., XXXV, 61.
Massol, XXXV, 71.
Mathieu, A., XXXV, 453, 536.
Maubrac, XXXVI, 266.
Maurange, XXXV, 282, 666.
Maurel, E., XXXV, 167; XXXVI, 59, 113.
Mauriac, XXXVI, 211, 213, 214, 584.
Maurin, XXXVI, 257, 289.
Maxwell, Théodor, XXXVI, 112.
Mayet, XXXVI, 46.
Mayweg, XXXV, 687.
M' Cormac, W., XXXV, 613.
Mears, Ewing, XXXV, 608.
Merhing, XXXVI, 59.
Meilach, Mlle, XXXV, 500.
Mendel, F., XXXV, 112, 508.
Mendelsohn, XXXV, 430.
Mendelson, W., XXXVI, 54.
Mercanton, XXXV, 306.
Mering, J. von, XXXV, 465, 541.
Merkel, G., XXXVI, 208.
Merner, XXXV, 254.
Mesnard, XXXVI, 581.
Mesnet, XXXVI, 124.
Mester, Bruno, XXXVI, 51.
Metchnikoff, El., XXXVI, 73.
Metzner, R., XXXV, 690; XXXVI, 24.
Meunier, Albin, XXXV, 82, 488.
Meyer, A., XXXVI, 226, 295.
Meyer, E., XXXV, 426, 447, 676; XXXVI, 687.
Meyer L., XXXV, 194; XXXVI, 174.
Meyer, Moritz, XXXVI, 266.
Meyer, P., XXXV, 501, 508.
Meyer, Hermann von, XXXVI, 663.
Meyerson, XXXV, 454.

Mibelli, XXXV, 572, 579.
Michael, Ivan, XXXV, 541.
Michaelsen, A., XXXVI, 58.
Michelson, XXXV, 580, 705; XXXVI, 681.
Mickle, Julius, XXXV, 239; XXXVI, 602.
Mikulicz, XXXV, 615, 616, 705.
Milbank, XXXVI, 644.
Miller, XXXV, 271; XXXVI, 563.
Milligan, XXXVI, 697.
Milton, XXXVI, 266.
Minkowski, XXXV, 541; XXXVI, 444.
Minnich, W., XXXV, 532; XXXVI, 462.
Miot, E., XXXV, 704.
Miraschi, XXXV, 559.
Mislawsky, N., XXXV, 25, 37, 438.
Misuraca, J., XXXV, 255.
Mittenzweig, XXXV, 49.
Miura, M., XXXV, 456, 487.
M' Lean, XXXVI, 178.
M' Munn, C.-A., XXXV, 39; XXXVI, 457.
M' Murtry, XXXVI, 178.
Möbius, P.-J., XXXV, 233; XXXVI, 524.
Mochnatscheff, XXXVI, 170.
Mœli, XXXV, 135.
Mœser, H., XXXV, 497.
Molènes, de, XXXVI, 203, 591.
Monakow, C., XXXV, 126, 130.
Moncorvo, XXXV, 487, 504; XXXVI, 581.
Monod, XXXVI, 253.
Montagnon, XXXV, 269.
Montaz, XXXV, 310.
Monti, A., XXXV, 63.
Montillier, XXXV, 229.
Moore, J.-E., XXXV, 271.
Moos, XXXV, 717, 718.
Morat, J.-P., XXXV, 428.
Morau, H., XXXV, 18.
Moravsik, Emil, XXXV, 169.
Mordret, Em., XXXVI, 157.
Morel-Lavallée, XXXV, 219.
Morgan, Dudley, XXXV, 693.
Morgan, E., XXXV, 690.
Moritz, F., XXXVI, 496.
Morton, Th., XXXVI, 259.
Moscatelli, XXXV, 441.
Mosetig-Moorhof, XXXVI, 244.
Mosler, XXXV, 525; XXXVI, 587.
Mosny, XXXVI, 136.
Mossé, A., XXXV, 119, 441.
Mosso, Angelo, XXXV, 94; XXXVI, 35.
Mott, Frederick, XXXV, 130.
Motais, XXXVI, 278.
Mouls, C., XXXVI, 166.
Moure, E.-J., XXXV, 709; XXXVI, 293.
Mourgues, XXXVI, 97.
Moussous, XXXVI, 675.
Moussu, XXXV, 25.
Mueller, Fredericq, XXXV, 532; XXXVI, 154, 557.
Mugdan, O., XXXVI, 500.
Müller, H.-F., XXXVI, 405.
Müller, G.-E., XXXV, 32; XXXVI, 300.
Müller, Hermann, XXXVI, 189.
Müller, Oskar, XXXV, 564.
Müller, W., XXXV, 595.
Münchemeyer, XXXV, 185; XXXVI, 175.
Mundé, XXXV, 297, 548; XXXVI, 177.
Munk, Im., XXXV, 438; XXXVI, 42, 443.
Münzer, XXXVI, 2.
Muralt, W. von, XXXV, 713.
Murray, William, XXXV, 199.
Murdock, XXXVI, 239.
Musser, J., XXXVI, 145.
M' William, G.-A., XXXVI, 436.
Mya, XXXVI, 67.
Mynter, Herm, XXXVI, 644.
Myrtle, XXXVI, 668.

N

Nabias, de, XXXVI, 117, 502.
Nægeli, C., XXXV, 95.
Nasse, D., XXXVI, 633.
Nathan, Alfons, XXXVI, 62.
Naunyn, B., XXXVI, 509.
Neftel, B., XXXV, 147; XXXVI, 153.
Neisser, A., XXXV, 88, 227, 584.
Nélaton, XXXVI, 273, 652, 664.
Netter, XXXV, 138; XXXVI, 539.
Neuburger, XXXV, 625.
Neugebauer, C., XXXVI, 662.
Neumann, E., XXXVI, 475, 596.
Neumann, H., XXXVI, 51, 186.
Neumeister, R., XXXV, 433, 434; XXXVI, 45.
Newman, R., XXXV, 288.
Ney, XXXV, 440.
Nicaise, XXXV, 18, 306; XXXVI, 103, 247, 438.
Nicati, XXXVI, 284.
Nicolaier, A., XXXVI, 487.
Nicolle, XXXVI, 130.
Niehus, L., XXXV, 625.
Niesel, XXXVI, 95.
Nikoloski, W., XXXVI, 493.
Nitze, Max, XXXV, 302.
Noble, Clarke, XXXV, 565.
Nocard, XXXV, 473; XXXVI, 71.
Nocht, XXXVI, 703.
Noël, Henri, XXXV, 715.

Nogués, XXXVI, 642.
Noiszenski, XXXVI, 280.
Nolan, XXXV, 244.
Nonne, XXXV, 147.
Noorden, von, XXXV, 535; XXXVI, 134.
Nordmann, Achilles, XXXV, 258.
Nothnagel, H., XXXV, 137, 140.
Novi, XXXVI, 47, 433.
Nusbaum, XXXVI, 14.
Nuzzi, G., XXXV, 593.

O

Obalinski, Alf., XXXV, 260, 290.
Oberlender, XXXVI, 221.
Obermüller, XXXV, 448.
Obolensky, XXXVI, 212.
Obrzut, XXXV, 543.
O'Callaghan, XXXVI, 646.
Oertel, M.-J., XXXV, 502.
Oestreicher, J., XXXV, 100.
Ohren, XXXV, 599.
Ohrwall, Hjalmar, XXXVI, 28.
Oiry, Eugène, XXXVI, 243.
Oliver, Th., XXXVI, 93, 579.
Olivier, L., XXXV, 476.
Ollier, L., XXXV, 38, 273; XXXVI, 270.
Olshausen, XXXVI, 573.
Onanoff, J., XXXVI, 599.
Onimus, XXXVI, 102.
Onodi, A., XXXV, 83, 695.
Openchowski, Th. von, XXXV, 19, 157, 162.
Opitz, Max, XXXV, 498; XXXVI, 93.
Oppenheim, Hermann, XXXV, 130, 140, 141, 147, 221, 514, 518, 519, 584, 643; XXXVI, 119.
Oppenheimer, XXXV, 608.
Ormerod, J.-A., XXXVI, 523.
Orschansky, XXXV, 241.
Orth, XXXVI, 63.
Ortmann, XXXV, 292.
Orval, XXXVI, 221.
Ostertag, R., XXXV, 491.
Ottolenghi, XXXVI, 195.
Oulmont, XXXVI, 686.
Overweg, XXXVI, 705.
Oyarzun, XXXVI, 401.

P

Packard, J., XXXV, 614.
Page, V., XXXVI, 640.
Paltauf, Adolf, XXXV, 252; XXXVI, 292, 611.
Panas, XXXV, 688; XXXVI, 84.
Parant, V., XXXV, 236.
Parietti, E., XXXV, 479.
Parinaud, XXXV, 669.
Parisot, XXXV, 208; XXXVI, 82, 537.
Park, Roswell, XXXV, 262.
Parker, XXXVI, 618.
Passavant, G., XXXVI, 673.
Paton, Noël, XXXVI, 453.
Patteson, XXXV, 214.
Paulin, XXXVI, 664.
Pauschinger, XXXV, 88.
Pawlowsky, A.-D., XXXV, 68; XXXVI, 63.
Péan, XXXV, 655; XXXVI, 564.
Pease, E.-A., XXXVI, 435.
Pégaitaz, XXXV, 522.
Peiper, E., XXXV, 450; XXXVI, 78, 105, 451.
Pellizzari, XXXVI, 598.
Penrose, Bingham C., XXXVI, 260, 648.
Penzoldt, XXXV, 481; XXXVI, 498.
Péraire, XXXVI, 684.
Perdrix, L., XXXVI, 70.
Pereles, XXXVI, 277.
Périer, XXXVI, 696.
Perlia, XXXV, 658.
Pernice, XXXVI, 553.
Perret, S., XXXVI, 97.
Personali, S., XXXVI, 525.
Pescarolo, XXXVI, 34.
Peters, A., XXXV, 684; XXXVI, 479.
Petersen, XXXVI, 220.
Peterson, XXXVI, 240.
Petit, Paul, XXXV, 552.
Petrini, XXXV, 576; XXXVI, 588.
Petzold, XXXVI, 219.
Peuch, XXXV, 477.
Peyer, Alexandre, XXXV, 619.
Peyraud, XXXV, 489.
Pfeiffer, Emil, XXXV, 172, 472; XXXVI, 581.
Pfister, XXXVI, 281.
Pfuhl, XXXV, 115.
Philippson, XXXVI, 202.
Phisalix, C., XXXV, 56, 85; XXXVI, 416.
Pichon, G., XXXVI, 230.
Pick, XXXVI, 462.
Piéchaud, XXXVI, 664.
Picchini, Luigi, XXXV, 161.
Pietrzikowski, XXXV, 280, 617.
Pick, XXXV, 147, 583.
Pickéring, XXXV, 6.
Pillet, XXXV, 195, 553.
Pilliet, A., XXXV, 17, 48, 126; XXXVI, 137, 513.
Pinard, XXXV, 202, 552, 560.
Pinzani, E., XXXV, 191.
Pipping, H., XXXVI, 448.

Pisenti, XXXV, 437.
Pitres, XXXV, 169, 523 ; XXXVI, 121.
Pitt, Newton, XXXVI, 512, 697.
Platner, XXXVI, 7.
Playfair, XXXV, 245.
Plehn, XXXVI, 154.
Plessing, E., XXXV, 593.
Pluyette, XXXV, 651.
Poel, Vander, XXXVI, 693.
Poelchen, R., XXXVI, 422.
Pohl, Julius, XXXV, 44, 78.
Poirier, P., XXXV, 270, 309 ; XXXVI, 420, 427, 476.
Polaillon, XXXV, 181, 182, 551, 656 ; XXXVI, 181, 565.
Pollard, B., XXXV, 570.
Polyak, XXXV, 214 ; XXXVI, 90.
Pomorski, XXXVI, 189.
Poncet, A., XXXVI, 617.
Ponfick, E., XXXV, 464.
Pope, Frank, XXXVI, 512.
Poppert, XXXV, 640.
Porak, XXXV, 201 ; XXXVI, 577.
Porquier, Louis, XXXVI, 656.
Portalier, XXXVI, 594.
Porter, XXXVI, 644.
Porteret, XXXV, 480.
Posner, C., XXXVI, 470.
Pott, R., XXXVI. 456.
Potter, XXXVI, 607.
Pouchet, Georges, XXXV, 119.
Poulsen, Kr., XXXV, 632.
Poupon, H., XXXVI, 109.
Pousson, XXXVI, 241.
Powell, Evan, XXXV, 168.
Pozzi, S., XXXV, 263, 306 ; XXXVI, 253.
Prausnitz, W., XXXVI, 39, 496.
Prédohl, Aug., XXXVI, 64.
Preisz, XXXV, 515.
Prevost, J.-L., XXXV, 494.
Prince, Morton, XXXV, 144.
Pringle, J.-J., XXXVI, 196.
Probsting, XXXVI, 283.
Proby, XXXVI, 131.
Prochownick, XXXV, 199, 282.
Proust, XXXVI, 527.
Przewski, E., XXXV, 303.
Psalidas, Michel, XXXVI. 264.
Puech, A., XXXV, 217, 229, 664.
Pugliotti, R., XXXV, 555.
Pullmann, XXXV, 489.
Purdon, H., XXXVI, 591.
Putnam, James, XXXV, 494.

Q

Quénu, XXXVI, 231.
Quinquaud, XXXV, 34, 446 ; XXXVI, 204, 208, 218, 584, 585.

R

Rabl, C., XXXV, 3 ; XXXVI, 23, 408.
Rabow, S., XXXV, 504.
Raehlmann, XXXV, 675, 680.
Ransohoff, XXXV, 667.
Ranvier, L., XXXVI, 410, 411.
Rasch, XXXVI, 561.
Ratimoff, XXXVI, 615.
Raudnitz, R.-W., XXXVI, 46.
Raulin, V., XXXV, 700 ; XXXVI, 301, 680.
Rauzier, XXXV, 448.
Ravaglia, G., XXXV, 255.
Ravn, XXXV, 421 ; XXXVI, 10.
Raymond, P., XXXV, 453.
Raymond, F., XXXVI, 464, 430, 595.
Reboul, XXXVI, 662.
Reclus, XXXV, 257 ; XXXVI, 231, 612, 648.
Redard, XXXV, 570.
Recklinghausen, von, XXXV, 455, 456 ; XXXVI, 522.
Réczey, Emerich, XXXV, 297.
Redard, XXXV, 647 ; XXXVI, 191, 293.
Regnard, P., XXXV, 249.
Regis, XXXVI, 228.
Régnier, L.-R., XXXVI, 227.
Rehn, G., XXXVI, 266.
Reich, XXXV, 690.
Reichmann, XXXVI, 78.
Reid, W., XXXV, 403 ; XXXVI, 173.
Reinecke, W., XXXV, 407.
Reinhold, XXXV, 508.
Remy, XXXVI, 570.
Renaut, J., XXXV, 505 ; XXXVI, 126. 146, 200, 601.
Rennert, XXXV, 97.
Rensky, XXXV, 207.
Renvers, XXXV, 485, 526 ; XXXVI, 473.
Renzy, E., de, XXXV, 89, 505 ; XXXVI, 95, 504, 520.
Retterer, Ed., XXXV 59 ; XXXVI, 428, 476.
Reunert, XXXVI, 150.
Reuss, V., XXXV, 664.
Reverdin, L., XXXV, 639.
Revilliod, XXXV, 508.
Reynier, XXXVI, 565.
Rheinstædter, XXXV, 188.
Ribbert, XXXV, 464, 667 ; XXXVI, 480.
Rice, XXXV, 228, XXXVI, 690.
Richard, XXXV, 116.
Richards, George, XXXVI, 689.
Richardson, C., XXXVI, 677.
Richelot, L.-G., XXXVI, 261.

Richer, Paul, XXXVI, 246.
Richet, Charles, XXXV, 30, 31, 482; XXXVI, 486.
Richter, A., XXXV, 126.
Ridlon, John, XXXV, 269.
Riedel, XXXVI, 663.
Rieder, Hermann, XXXVI, 116.
Riegel, XXXV, 514; XXXVI, 534.
Ries, XXXVI, 202.
Riess, L., XXXVI, 506.
Riesell, XXXVI, 135.
Riesenfeld, XXXV, 276.
Rifat, XXXVI, 509.
Rindfleisch, XXXVI, 126.
Risse, Hermann, XXXV, 519.
Ritter, XXXV, 123.
Rivington, XXXVI, 632.
Rizkallah, A., XXXV, 177.
Robert, XXXV, 207; XXXVI, 592.
Robin, A., XXXV, 75; XXXVI, 498.
Robineau-Duclos, XXXVI, 667.
Robinson, XXXV, 209.
Robinson, A., XXXVI, 78.
Robinson, Beverley, XXXV, 703.
Robson, Mayo, XXXV, 265, XXXVI, 635.
Rodenstein, XXXVI, 240.
Rodet, A., XXXV, 476.
Roger, G.-H., XXXV, 59, 71, 468; XXXVI, 457, 531.
Rohmer, XXXV, 670.
Rolleston, H., XXXVI, 433.
Rollet, XXXV, 611.
Rollett, XXXV, 409; XXXVI, 410.
Rokitansky, XXXVI, 85.
Rollin, XXXVI, 559.
Romano, Vittorio, XXXV, 544.
Romiceanu, XXXVI, 664.
Romiti, G., XXXV, 14, 461; XXXVI, 420.
Romme, XXXV, 541.
Rondelli, XXXV, 94.
Roos, L., XXXVI, 106.
Roosevelt, J.-W., XXXV, 152.
Roque, XXXVI, 52.
Rosais, XXXV, 228.
Roschansky, XXXV, 425.
Rosenbach, Ottomar, XXXV, 42, 169.
Rosenberg, A., XXXVI, 291.
Rosenberg, Siegfried, XXXV, 503; XXXVI, 511.
Rosenheim, Theodor, XXXV, 651; XXXVI, 413.
Rosenstein, XXXVI, 413.
Rosenthal, XXXVI, 292.
Rosenthal, Carl, XXXVI, 92.
Rosenthal, J., XXXV, 31.
Rosenthal, O., XXXV, 211.
Roser, Karl, XXXV, 51.
Rossbach, M.-G., XXXVI, 476, 693.
Rossolimo, G., XXXVI, 513.
Rost, XXXVI, 107.
Rotter, J., XXXV, 593.
Roussy, XXXV, 462.
Routier, XXXVI, 654.
Roux, XXXV, 179, 311; XXXVI, 253.
Roux, E., XXXVI, 71, 73.
Roux, G., XXXV, 476.
Roy, C.-S., XXXVI, 431.
Royer, XXXV, 220.
Ruault, A., XXXXV, 712; XXXVI, 78, 679.
Rudolphson, XXXV, 151.
Ruetimeyer, XXXVI, 458.
Ruffer, Armand, XXXV, 64; XXXVI, 488.
Rummo, G., XXXV, 469, 482.
Rumpf, XXXV, 119, 519.
Rumschewitsch, XXXV, 671, 682.
Runge, XXXV, 182.
Rusche, A.-E., XXXV, 569.
Russell, XXXV, 209; XXXVI, 511, 516.
Russell, H.-L., XXXV, 114; XXXVI, 648.
Russo-Giliberti, XXXVI, 610.
Ruyter, de, XXXVI, 191, 627.
Rydygier, XXXV, 700.

S

Sabatier, Antoine, XXXV, 297.
Sabrazès, XXXVI. 464.
Sachs, B., XXXVI, 533.
Sænger, A., XXXV, 123, 643; XXXVI, 240.
Sahli, XXXV, 595, 692.
Sainsbury, XXXVI, 697.
Salebert, XXXV, 533.
Salkowski, E., XXXV, 439, 444; XXXVI, 81, 499.
Salzer, XXXV, 232, 607; XXXVI, 676.
Samuel, XXXVI, 477.
Sanchez-Toledo, XXXV, 68.
Samson, Ernest, XXXVI, 186.
Sansoni, L., XXXV, 77.
Santoni, XXXVI, 563.
Sappey, XXXV, 22.
Satterlee, XXXV, 130.
Saundry, XXXV, 505.
Sauermann, XXXV, 440.
Savage, G., XXXV, 230; XXXVI, 231.
Savill, Th., XXXV, 126.
Schaffer, C., XXXV, 478.
Schæffer, Emil, XXXVI, 135.
Schæffer, R., XXXVI, 183.
Shaw, T.-Claye, XXXVI, 603, 604.

Schech, XXXV, 702.
Scheich, XXXVI, 283.
Schellung, XXXV, 533.
Schendel, XXXVI, 96.
Scheurlen, XXXV, 157, 526.
Schiess, XXXV, 672.
Schiller, H., XXXVI, 404.
Schilling, Friedrich, XXXV, 95.
Schimmelbusch, XXXV, 475, 477.
Schindler, S., XXXV, 43.
Schinzinger, XXXV, 627.
Schipiloff, Catherine, XXXV, 245; XXXVI, 41.
Schlick, K., XXXVI, 494.
Schmaus, Hans, XXXVI, 523.
Schmid, Hans, XXXV, 612, 695.
Schmid-Monnard, XXXV, 628.
Schmidt, Julius, XXXV, 297; XXXVI, 638.
Schmitt, XXXV, 297, 486.
Schmidt-Rimpler, XXXV, 661; XXXVI, 277.
Schmiegelow, E., XXXV, 702.
Schneider, R., XXXVI, 48, 707.
Schnell, XXXV, 126.
Schneller, XXXV, 662.
Schnurmans-Stekoven, XXXV, 589.
Schoeler, XXXV, 677, 678.
Schoen, XXXV, 662.
Schoetz, XXXV, 574; XXXVI, 694.
Schreiber, Julius, XXXV, 501.
Schrœder, XXXVI, 287.
Schrœter, L., XXXV, 113.
Schubert, Paul, XXXV, 694.
Schuchardt, XXXV, 657; XXXVI, 215.
Schücking, XXXVI, 159.
Schudel, Hugo, XXXVI, 628.
Schulmann, L., XXXVI, 31.
Schuller, XXXVI, 258.
Schultz, XXXVI, 199.
Schultze, XXXV, 175, 525; XXXVI, 38, 169, 697.
Schütz, Jos., XXXV, 227, 578.
Schütze, E., XXXV, 239.
Schwalbe, XXXV, 15, 162, 528.
Schwartz, Edouard, XXXV, 262.
Schwarz, R., XXXV, 419, 465.
Schweigger, XXXV, 678.
Schweinitz, de, XXXV, 100.
Schwimmer, XXXV, 222.
Sciolla, XXXV, 90.
Scofield, Harold, XXXV, 445; XXXVI, 50.
Secheyron, XXXV, 180.
Secrétan, H., XXXV, 152.
Sedziak, John, XXXV, 709.
Sée, G., XXXV, 81; XXXVI, 82.
Sée, M., XXXVI, 191.
Séglas, J., XXXV, 234; XXXVI, 151.
Segond, Paul, XXXVI, 629.
Seibert, XXXVI, 186.
Seidler, C., XXXVI, 498.
Semon, F., XXXVI, 299, 447.
Semple, H., XXXVI, 503.
Semmola, XXXVI, 88.
Senator, XXXV, 439, 564; XXXVI, 134.
Senger, Emile, XXXV, 210, XXXVI, 249.
Senn, N., XXXV, 264, 265; XXXVI, 232, 258.
Severeau, XXXV, 611.
Sevestre, XXXV, 156; XXXVI, 187, 198, 583, 674.
Seydel, C., XXXVI, 608.
Sézary, XXXVI, 558.
Sheen, XXXVI, 618.
Sheild, Marmaduke, XXXVI, 697.
Shelswell, XXXVI, 186.
Sherner, H., XXXV, 243.
Sherrington, C.-S., XXXVI, 431.
Sherwell, XXXV, 213.
Shilling, XXXVI, 117.
Shore, Th., XXXV, 6; XXXVI, 426.
Shurley, XXXV, 89.
Sick, XXXV, 604; XXXVI, 240, 247.
Siegrist, Albert, XXXV, 297, 621.
Siemerling, E., XXXV, 140, 218, 511, 514, 518.
Silbermann, Oscar, XXXV, 455; XXXVI, 611.
Silex, P., XXXVI, 233.
Silk, F.-W., XXXV, 699.
Silva, XXXVI, 34.
Simon, P., XXXVI, 79.
Simonett, Benedikt, XXXV, 156.
Simpson, W., XXXVI, 686.
Singer, XXXVI, 2.
Sippel, XXXV, 552.
Sirena, Santi, XXXVI, 73.
Smirnow, A., XXXVI, 402.
Smith, Bruce, XXXVI, 192.
Smith, Percy, XXXV, 157; XXXVI, 96, 603.
Smith, Robert W., XXXVI, 490, 644.
Socquet, J., XXXVI, 607.
Sokolowski, A., XXXV, 712.
Solis-Cohen, XXXVI, 91, 244.
Sollier, P., XXXV, 243, 528, 530.
Somers, XXXVI, 601.
Sommerbrodt, Julius, XXXVI, 686.
Sormani, G., XXXV, 479; XXXVI, 74.
Soutoul, XXXVI, 121.
Souza-Leite, XXXVI, 527.
Spæth, XXXV, 100, 182; XXXVI, 178, 550.
Spallitta, Fr., XXXV, 426.
Spillmann, XXXV, 99, 208; XXXVI, 509.
Spee, Graf, XXXV, 420.
Spronck, XXXV, 429.
Squire, Well, XXXVI, 579.

Stadelmann, XXXVI, 149.
Stainforth, XXXVI, 583.
Stæheli, Victor, XXXV, 182.
Stark, Nigel, XXXVI, 161.
Starr, Allen, XXXV, 130; XXXVI, 577.
Staurenghi, C., XXXV, 48.
Stefani, A., XXXVI, 432, 434.
Steiff, XXXV, 74.
Stein, A., XXXV, 620.
Steinach, E., XXXVI, 449.
Steinhell, Fritz, XXXV, 471.
Stelwagon, XXXV, 212.
Stephan, XXXVI, 525.
Stepp, XXXV, 505.
Stern, R., XXXVI, 126.
Steullet, XXXVI, 74.
Stewart, David, XXXV, 96.
Stewart, James, XXXV, 523, 524; XXXVI, 601.
Steven, John-Lindsay, XXXVI, 578.
Stierlin, R., XXXV, 635.
Stierling, XXXV, 561.
Stiller, B., XXXVI, 91.
Stilling, H., XXXV, 465; XXXVI, 475, 481.
Stillmark, H., XXXV, 483.
Stintzing, R., XXXVI, 465.
Stirl, XXXVI, 137.
Stoelting, XXXV, 689.
Stoffmann, Joseph, XXXV, 283.
Stoker, Georges, XXXV, 699.
Stokes, William, XXXVI, 640.
Stoukowenkoff, XXXVI, 202.
Strahl, XXXVI, 9, 14.
Strassmann, Fr., XXXV, 247.
Straus, I., XXXV, 71, 72, 228.
Strauss, XXXV, 75.
Stricht, van der, XXXVI, 6.
Strübing, XXXVI, 695.
Struempell, A., XXXVI, 121, 518.
Stub, XXXVI, 74.
Subrazès, XXXV, 457.
Suchannek, H., XXXV, 695.
Suchier, XXXVI, 254.
Suntherland, XXXVI, 96.
Sutils, XXXV, 561.
Sutton, Bland, XXXV, 460; XXXVI, 472.
Sympson, XXXVI, 579.
Szadek, XXXVI, 596.
Szuman, Leo, XXXV, 636.

T

Taft, XXXV, 548.
Taguchi, XXXVI, 4, 422, 423.
Tait, Lawson, XXXV, 182, 294; XXXVI, 573.
Takahashi, Djuntaro, XXXV, 487.
Talamon, XXXVI, 94, 184, 478, 596.
Taljanzeff, A., XXXV, 23.
Tamburini, A., XXXVI, 224.
Tangl, Fr., XXXVI, 477.
Taniguti, Ken, XXXV, 416; XXXVI, 459.
Tapie, XXXVI, 264.
Tampke, XXXVI, 159.
Tanzi, E., XXXV, 233.
Tarchanoff, J. de, XXXV, 34.
Tardivel, XXXVI, 199.
Tarnier, XXXVI, 583.
Tavel, XXXV, 618.
Taylor, XXXVI, 98, 511, 516, 646.
Taylor, W., XXXV, 202.
Tchistovitch, N., XXXV, 66, 280.
Tédenat, XXXV, 273.
Témoin, Daniel, XXXV, 178.
Terrier, XXXV, 292, 608; XXXVI, 158, 242, 637, 668.
Terrillon, XXXV, 177, 621, 626, 643; XXXVI, 655.
Testi, A., XXXVI, 537.
Testut, L., XXXV, 263; XXXVI, 1.
Thelen, O., XXXVI, 655.
Therry, XXXVI, 452.
Thévard, XXXVI, 571.
Thibierge, G., XXXVI, 592, 655.
Thiem, C., XXXV, 608.
Thierfelder, Hans, XXXVI, 49.
Thiroloix, XXXV, 589.
Thiriar, XXXVI, 561.
Thoinot, L.-H., XXXV, 61.
Thoiss, G., XXXV, 43.
Thomalla, XXXV, 668.
Thomas, Gaillard, XXXV, 239.
Thompson, XXXV, 161.
Thompson, H., XXXV, 259.
Thompson, W., XXXV, 84.
Thomson, H., XXXV, 204, 555.
Thorington, James, XXXVI, 94.
Thorner, Max, XXXVI, 290.
Thornton, K., XXXVI, 668.
Tiffany, M.-Lane, XXXV, 621.
Tigerstedt, R., XXXV, 426; XXXVI, 435, 436.
Tillaux, XXXV, 643.
Tillier, XXXV, 544.
Tissier, P., XXXVI, 692.
Tizzoni, XXXVI, 75.
Tommasoli, XXXV, 576, 579.
Tombolan-Fava, XXXV, 531.
Tomkins, Henry, XXXV, 510.
Tooth, Howard, XXXVI, 532.
Torggler, F., XXXV, 193.
Torsellini, D., XXXV, 251, 489.
Tourneux, F., XXXV, 7.
Toutant, XXXV, 559.
Townsend, XXXVI, 537.
Trasbot, XXXV, 489.
Trauvetter, XXXVI, 201.
Travali, G.-Russo, XXXVI, 103.

Trechsel, E., XXXV, 644.
Treitel, L., XXXV, 658; XXXVI, 682.
Trendelenburg, XXXV, 698.
Treves, Frederick, XXXV, 605; XXXVI, 643.
Trevelyan, E., XXXVI, 525.
Troisier, XXXVI, 155, 539.
Trousseau, A., XXXVI, 285.
Truc, H., XXXV, 666.
Trudeau, E.-L., XXXV, 89.
Trzebicky, Rudolf, XXXVI, 634.
Tuczek, XXXV, 135.
Tuffier, XXXVI, 274, 667, 668.
Tuholske, H., XXXVI, 640.
Tucke, Hack, XXXV, 233; XXXVI, 603.
Turazza, Guido, XXXV, 618.
Tuttle, XXXVI, 177.
Tymowski, J., XXXVI, 137.

U

Uffelmann, XXXV, 117.
Uhthoff, W., XXXV, 519, 685.
Ullmann, E., XXXV, 288; XXXVI, 169.
Ullmann, O., XXXV, 492; XXXVI, 92.
Ulrich, XXXV, 677.
Unna, XXXVI, 204.
Unverricht, XXXVI, 80.
Uspenski, W., XXXV, 185.

V

Vajda, XXXV, 218.
Valentin, XXXVI, 570.
Valude, XXXV, 664; XXXVI, 94.
Vamossy, XXXV, 96.
Vanlair, C., XXXVI, 113.
Vanni, Luigi, XXXV, 99, 162.
Vaquez, XXXV, 50, 492.
Varigny, H. de, XXXV, 83.
Vasiliu, XXXVI, 197.
Vassale, G., XXXVI, 26.
Vaton, XXXVI, 189.
Vaughan, Victor, XXXV, 69.
Veer, A. Vander, XXXV, 550.
Veit, J., XXXV, 185.
Veith, XXXV, 19.
Verchère, XXXV, 620.
Vergely, XXXV, 172.
Verneuil, A., XXXV, 64, 65; XXXVI, 648.
Veysset, L., XXXV, 232.
Vidal, XXXVI, 195.
Vignal, XXXV, 73; XXXVI, 61.
Vilcoq, Jules, XXXV, 265.
Villaret, XXXVI, 704.
Vincent, XXXV, 306.
Vinogradof, XXXV, 614.
Virchow, XXXV, 647.
Viti, A., XXXV, 460; XXXVI, 186, 255.
Voit, Ern., XXXVI, 49.
Voizot, XXXVI, 648.
Volkmann, von, XXXV, 595, 647.
Vonwiller, A., XXXV, 692.
Vorster, XXXVI, 622.
Vossius, XXXV, 666.
Voyer, Aug., XXXV, 601.

W

Waetzoldt, XXXV, 535.
Wagenmann, XXXV, 688; XXXVI, 284.
Wagner, XXXVI, 3.
Wagner, R., XXXVI, 694.
Wagner, W., XXXV, 595.
Wahlberg, XXXVI, 701.
Waitz, XXXV, 216; XXXVI, 203.
Walb, XXXVI, 302.
Walcher, G., XXXV, 556.
Waldeyer, XXXVI, 14.
Wallenberg, XXXV, 135.
Wallerand, XXXVI, 590.
Wallich, XXXV, 617.
Walther, XXXV, 618.
Walther, P. von, XXXVI, 444.
Ware, W., XXXVI, 697.
Warren, Collins, XXXVI, 615.
Warren, J.-W., XXXVI, 434.
Waterhouse, G., XXXVI, 482.
Weber, Edmond, XXXVI, 93, 99.
Weber, Hugo, XXXV, 90.
Wecker, de, XXXVI, 288.
Wehenkel, XXXV, 109.
Wehr, XXXV, 73, 467.
Weigel, Louis, XXXVI, 623.
Weill, XXXVI, 52.
Weir, Robert, XXXV, 282; XXXVI, 668.
Weiss, G., XXXV, 50, 665.
Weiss, G., XXXVI, 34.
Weiss, N., XXXVI, 137.
Weissenberg, XXXVI, 185.
Welch, G., XXXV, 239.
Wells, Spencer, XXXV, 611; XXXVI, 561.
Wendelstadt, XXXV, 628.
Werder, XXXV, 558.
Wernicke, C., XXXV, 126, 508.
Wernitz, XXXV, 547.

Wertheimer, E., XXXV, 423, 426, 447.
Werther, M., XXXVI, 36.
West, XXXVI, 534.
Westphal, A., XXXV, 86, 508, 519; XXXVI, 134.
Wheaton, XXXVI, 582.
Wherry, Edward-Georges, XXXV, 213.
White, Hale W., XXXV, 463; XXXVI, 512, 618.
White, J., XXXV, 259.
White, William, XXXV, 259; XXXVI, 539, 598.
Whitwell, XXXV, 508.
Wickham, XXXVI, 586.
Wicherkiewitz, XXXV, 671.
Widal, XXXV, 70, 98; XXXVI, 125, 595.
Widenmann, Ad., XXXV, 592.
Widenmann, Ag., XXXV, 592.
Wider, XXXV, 546; XXXVI, 256.
Wiesmann, XXXVI, 622.
Wiessel, XXXV, 555.
Wiglesworth, J., XXXV, 230; XXXVI, 229.
Will, XXXV, 612.
Williams, Theodore, XXXV, 89.
Williamson, E., XXXVI, 578, 618.
Wilson, Alb., XXXV, 588.
Windscheid, XXXVI, 137.
Winston, XXXVI, 445.
Winter, XXXV, 250.
Winternitz, XXXVI, 486.
Wirz, XXXVI, 272.
Witkowski, G., XXXV, 189.
Witzel, XXXV, 283.
Wolf, Rud., XXXV, 601.
Wolfenden, Norris, XXXV, 601, 690.
Wolff, XXXV, 588.
Wolff, Julius, XXXV, 595, 636; XXXVI, 271, 272, 663.
Wolff, Max, XXXV, 109, 571; XXXVI, 491.
Wölfler, XXXVI, 93, 249.
Wollenberg, R., XXXV, 239; XXXVI, 516.
Wolter, F., XXXV, 634.
Wood, XXXV, 546.
Wooldridge, L.-C., XXXVI, 438.
Wright, XXXV, 257.
Wright, Jonathan, XXXV, 695, 702, 708.
Wurtz, R.-Ch., XXXV, 40.
Wyder, XXXVI, 181.
Wyeth, XXXVI, 622.
Wykowski, Gustav, XXXVI, 01.
Wyhe, van, XXXVI, 412.
Wylie, Gill, XXXV, 548.

Y

Yamagiva, K., XXXVI, 601.

Z

Zachariadès, XXXVI, 417.
Zacher, Th., XXXV, 130; XXXVI 230.
Zahn, W., XXXV, 51.
Zander, R., XXXVI, 403.
Zaufal, XXXV, 714.
Zehender, XXXV, 661.
Zehnder, XXXVI, 469.
Zesas, G., XXXVI, 638.
Zeising, XXXV, 88.
Zeissl, von, XXXVI, 13, 427.
Zenker, K., XXXVI, 471.
Ziegler, H.-E., XXXV, 4.
Ziehl, Fr., XXXV, 140.
Ziem, XXXV, 705.
Ziemssen, von, XXXVI, 121, 534.
Zinsstag, W., XXXV, 198.
Zuckerkandl, XXXV, 551, 591.
Zuntz, N., XXXV, 431.
Zwardemaker, XXXVI, 472.
Zweifel, XXXV, 185; XXXVI, 175.

TABLE DES MATIÈRES.

A

Abcès. Microbes et — XXXV, 65; — du lobule paracentral, XXXV, 130; — du cerveau, XXXVI, 578; — cérébraux suite d'empyème, XXXVI, 539; trépanation pour les — du cerveau, XXXV, 257, 643; XXXVI, 240: traitement des — cérébraux suite d'otite, XXXVI, 697; — du larynx, XXXVI, 689; — chauds de la cloison nasale, XXXVI, 682; quand faut-il ouvrir les — vertébraux, XXXV, 647; observation d'— sous-diaphragmatiques, XXXVI, 254, 539; — du foie chez un nourrisson, XXXV, 569; — du foie, XXXVI, 637; — du foie dysentérique, XXXVI, 137; incision des — du foie, XXXVI, 249; — rétro-péritonéal suite d'une rupture d'épanchement pleural, XXXVI, 255; — périthyphlique ouvert dans la plèvre, XXXV, 55. — R. B., XXXV, 719; XXXVI, 325, 711.

Abdomen. Formation de la cloison thoraco — XXXVI, 10; insertion de l'aponévrose du grand oblique, XXXV, 18; influence du degré de réplétion de l'— sur la circulation et la respiration, XXXV, 28; propagation du bruit respiratoire dans l'— XXXV, 152; pouvoir de résorption des organes — XXXV, 437; diagnostic des tumeurs — XXXV, 612; adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'— XXXVI, 155; plaies par empalement, XXXVI, 262; plaies pénétrantes de l'— XXXVI, 642; drainage dans la chirurgie — XXXVI, 260; laparotomie dans les plaies de l'— XXXV, 613, 614; XXXVI, 259; laparotomie pour corps étranger de l'— XXXV, 614. — R. B., XXXV, 313, 719; XXXVI, 325, 711.

Absinthe. Etude de la liqueur d'— XXXV, 82, 488.

Absorption. Pouvoir d'— des organes abdominaux, XXXV, 437; — intestinale des différentes graisses, XXXVI, 41, 42; — cutanée par les bains, XXXVI, 505. — R. B, XXXVI, 325, 711.

Accommodation. L'amplitude d'— relative, XXXVI, 277; des inégalités de l'— XXXV, 660; — irrégulière de l'anisomorphe, XXXV, 661.

Accouchement. Leçons de clinique d' — XXXV, 188; fonctionnement de la maternité de Lariboisière, XXXV, 552; les — à la cour, XXXV, 189; présence du sucre dans l'urine pendant l'— XXXV, 440; l'albuminurie de l'— XXXV, 194; causes de la rupture des membranes, XXXVI, 171; — après la trachélorraphie et l'amputation du col utérin, XXXVI, 576; suppuration des symphyses du bassin pendant l'— XXXV, 557; physométrie non putride pendant l'— XXXV, 199; lésions du fœtus pendant l'— XXXVI, 174; dystocie par hydropisie du fœtus, XXXVI, 173; dystocie par kyste du rein du fœtus, XXXVI, 173; forceps dans les occipito-transverses, XXXVI, 570; méthode pour remplacer l'— prématuré artificiel, XXXV, 199; — chez une rachitique, XXXVI, 569; présentation de l'oreille, XXXVI, 569; présentation du siège, XXXVI, 569; présentation de l'épaule trois fois chez la même femme, XXXV, 192; conduite à tenir dans les variétés postérieures de la présentation du sommet, XXXV, 193; action de l'antipyrine pendant l'— XXXV, 191; antisepsie en — XXXVI, 182; l'acide acétique comme désinfectant, XXXVI, 183; injections chaudes avant et après l'— XXXV, 560. — R. B., XXXV, 313, 719; XXXVI, 325, 711.

Acétanilide. Emploi de l'— dans l'angine, XXXV, 692; — comme hémostatique, XXXV, 487; traitement du tétanos par l'— XXXV, 592; empoisonnement par l'— XXXV, 88; XXXVI, 84, 503.

Acétique (Acide). — comme désinfectant obstétrical, XXXVI, 183.

Acétonurie. L'— et la peur, XXXVI, 229; — diabétique, XXXV, 541. — R. B., XXXV, 720.

Achondroplasie. *Voy.* rachitisme.

Acide. Action des — gras substitués, XXXV, 78; décomposition des — éthers dans l'intestin, XXXVI, 460.

Acné. Etiologie et traitement de l' — XXXVI, 196; — décalvante, XXXV, 207.

— R. B., XXXV, 314, 720; XXXVI, 327.
Acromégalie. Observation d' — XXXV, 525; XXXVI, 522, 527. — R. B., XXXV, 315, 720; XXXVI, 327, 712.
Actinomycose. Développement de l' — XXXV, 49; cultures d' — XXXVI, 491; — du poumon, XXXV, 154; trépanation pour — du cerveau, XXXVI, 618; observation d' — XXXVI, 265. — R. B., XXXV, 315, 720; XXXVI, 327, 712.
Addison (Mal. d'). Lésions de la — XXXVI, 556. — R. B., XXXV, 315, 720; XXXVI, 327, 712.
Adénine. De l' — XXXV, 43.
Adénite. — calculeuse, XXXVI, 266; ablation d' — XXXVI, 266; — sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen, XXXVI, 155; hydros — XXXV, 579; des — suppurées du chancre mou, XXXV, 229; traitement du bubon chancrelleux, XXXV, 590; laparotomie pour une — pelvienne suppurée, XXXVI, 158. — *Voy.* lymphatique.
Adénome. — sébacé congénital, XXXVI, 196. — R. B., XXXVI, 327, 713.
Adénopathie. — trachéobronchique dans la pneumonie, XXXVI, 537.
Adipocire. *Voy.* cadavre.
Aérotherapie. R. B., XXXV, 720.
Aïnhum. R. B., XXXV, 315.
Air. Etude de l'— expiré par les malades, XXXV, 470; action toxique de l'— expiré, XXXVI, 60; inhalation d'— chaud dans la phtisie, XXXV, 89, 94, 497, 498; XXXVI, 90; emploi de l' — raréfié et comprimé, XXXVI, 91; entrée de l' — dans les veines, XXXVI, 302. — R. B., XXXV, 315.
Albumine. Préparation de l' — de l'œuf, XXXVI, 46; destruction de l' — dans l'organisme, XXXVI, 441; influence de l' — sur la digestion des matières non azotées, XXXVI, 443; décomposition de l' — par le bacille de l'œdème malin, XXXVI, 452; nucléine de l' — XXXV, 44; la consommation d' — à l'état de santé et dans les maladies, XXXV, 438, 439; action des narcotiques sur la destruction de l' — XXXV, 439; richesse des exsudats pathologiques en — XXXVI, 457. — R. B., XXXVI, 713.
Albuminoïdes. Evolution des — dans l'organisme, XXXV, 433.
Albuminose. Immunité produite par une — isolée des cultures charbonneuses, XXXVI, 490.
Albuminurie. De l' — cyclique, XXXVI, 146; — fonctionnelle, XXXVI, 553; — sénile, XXXVI, 553; matières protéiques dans les urines — XXXVI, 453; — de la grossesse et du travail, XXXV, 194; — des morphinomanes, XXXVI, 558; — dans les psychoses, XXXV, 241; — postépileptique, XXXVI, 226. — R. B., XXXV, 315, 720; — XXXVI, 327, 713.
Albumoses. Réactions des — XXXVI, 45.
Albumosurie. De l' — XXXVI, 156.
Alcalin. Influence des — sur l'excrétion d'acide urique, XXXV, 444; rôle des — dans les oxydations organiques, XXXV, 446.
Alcaloïdes. — de l'huile de foie de morue, XXXVI, 97; — de la noix d'arec, XXXV, 488; action du sublimé sur les — XXXVI, 76. — *Voy.* pharmacologie.
Alcool. Influence de l' — sur les transformations des éléments, XXXV, 36; l'empoisonnement par l' — XXXV, 255. — R. B., XXXVI, 327, 713.
Alcoolisme. Rôle de l'hérédité dans l' — XXXV, 243; de la névrite — XXXV, 140; névrite — avec myosite, XXXV, 518; traitement de l' — XXXV, 245. — R. B., XXXV, 315, 720; XXXVI, 713.
Aliénation. La folie à Paris, XXXVI, 222; cerveaux d' — XXXV, 236; troubles de la conscience, leurs rapports avec la folie, XXXV, 241; chorée chez les déments, XXXV, 241; troubles moteurs chez les déments, de la catatonie, XXXV, 241; état mental des apoplectiques, XXXVI, 225; rapports de la chorée et de l' — XXXVI, 223; chorée avec — XXXV, 168; — syphilitique, XXXVI, 211; — chez les cardiaques, XXXV, 236; la pellagre chez les — XXXV, 236; — et goitre exophtalmique, XXXVI, 602; manie guérie par une diphtérie, XXXV, 239; — et traumatismes du crâne, XXXV, 234; — à la suite d'opérations chirurgicales ou gynécologiques, XXXV, 239; — et anévrisme aortique, XXXV, 239; — après l'hystérectomie, XXXV, 182; rareté de la cirrhose du foie chez les — XXXVI, 141; l'acétonurie et la peur, XXXVI, 229; symptôme médullaire dans la convalescence de la manie aiguë, XXXV, 243; dégénérescence cireuse des muscles dans le délire aigu, XXXV, 237; diagnostic de la lypémanie hypocondriaque et de la paralysie générale, XXXVI, 228; folie à deux, XXXV, 244; délire de négation, XXXV, 234; persécutés génitaux, XXXVI, 603; massage dans l' — XXXVI, 231; bains turcs dans l' — XXXV, 244. — R. B., XXXV, 316, 721; XXXVI, 327, 713.
Alimentation. Usage de la saccharine dans l' — XXXV, 489; falsification des denrées — XXXV, 112; régime — par la fécule soluble, XXXV, 499; utilisation des — chez les malades gastriques, XXXV, 535; influence de l' — sur l'excrétion des substances amidées, XXXVI, 38. — R. B., XXXV, 316, 721; XXXVI, 328, 714.
Allaitement. Le lait bouilli dans l' — XXXVI, 105. — R. B., XXXVI, 328.
Alopécie. — congénitale, XXXVI, 591; de l'— syphilitique, XXXV, 584. — *Voy.* poil.
Alumine. Acéto-tartrate d' — dans les maladies du nez, XXXV, 714.
Amblyopie. *Voy.* œil.
Amnios. L' — et le pro — XXXV, 6; le liquide — XXXVI, 49; hydr — dans une grossesse gémellaire, XXXVI, 172. — R. B., XXXV, 316; XXXVI, 328.
Amputation. Lichen planus après une — XXXV, 209; — du bras avec l'omoplate, XXXV, 630; désarticulation de la hanche, XXXV, 640. — R. B., XXXV, 316, 721; XXXVI, 328, 715.

Amygdale, ite. — surnuméraire, XXXV, 690; — otomie pour l'hypertrophie des — XXXVI, 675; — par le virus pneumonique, XXXV, 690; — infectieuse, XXXV, 690; — et rhumatisme, XXXV, 690; sarcome de l' — XXXV, 690. — R. B., XXXV, 317, 722; XXXVI, 328, 715.
Amylase. — de l'urine, XXXV, 42.
Anatomie. Traité d' — XXXVI, 1; méthode thermochimique en — XXXV, 22. — R. B., XXXV, 317, 722; XXXVI, 328, 715.
Anatomie pathologique. Traité d' — XXXV, 47, 449.
Anémie. — expérimentale comme procédé de dissociation des propriétés motrices et sensitives de la moelle, XXXV, 425; contractilité des globules et des pseudo-parasites du sang dans l' — XXXVI, 130; — des nourrissons, XXXVI, 580; injections salines dans l' — aiguë, XXXVI, 99; étiologie de l' — pernicieuse, XXXV, 532; lésions de la moelle dans l' — pernicieuse, XXXV, 532; XXXVI, 462; urine dans l' — pernicieuse, XXXVI, 52; traitement de l'— pernicieuse, XXXV, 501. — R. B., XXXV, 317, 722; XXXVI, 329, 715.
Anémone. Traitement de l'orchite blennorragique par l' — XXXV, 229.
Anesthésie. Les — XXXVI, 492; choix et mode d'emploi des — dans les opérations sur le nez et la gorge, XXXV, 699; influence des — sur la force des mouvements respiratoires, XXXV, 30; l'— par l'éther, XXXV, 255; l'éther ou le chloroforme, XXXVI, 233; rapport de la commission d'Hyderabad, XXXVI, 233; — par le bromure d'éthyle, XXXVI, 233, 239; dangers des — à la lumière artificielle, XXXVI, 493; — pendant le sommeil, XXXVI, 607; action — de l'ouabaine et de la strophanthine, XXXV, 487; XXXVI, 84; — d'origine périphérique, XXXV, 140. — R. B., XXXV, 317, 722; XXXVI, 329, 715.
Anévrisme. — du cerveau, XXXVI, 512; — des artères vertébrales, XXXVI, 512; des — du cœur, XXXV, 528; — de l'aorte syphilitique, XXXVI, 212; troubles psychiques produits par l' — aortique, XXXV, 239; électro-puncture d'un — aortique, XXXVI, 509; — de l'artère centrale de la rétine, XXXV, 680; — pharyngé, XXXVI, 677; — cirsoïde du cuir chevelu, XXXVI, 242; — de la radiale, XXXV, 651; — axillaire dû à un kyste hydatique, XXXV, 651; — du pli du coude chez un cardiaque, XXXV, 651; traitement des — des membres, XXXV, 652; extirpation d'un — axillaire, XXXV, 652; traitement des — poplités, XXXVI, 632. — R. B., XXXV, 318, 723; XXXVI, 329, 716.
Angine. — rhumatismale, XXXVI, 289; — de la fièvre typhoïde, XXXV, 692; — cholérique, XXXV, 692; de l' — gangreneuse, XXXVI, 289; — scarlatineuse pseudo-diphtéritique, XXXVI, 674; traitement des — par le salol, XXXVI, 290; emploi de l'antifébrine dans l' — XXXV, 692. — R. B., XXXV, 318, 723; XXXVI, 330, 716.
Angine de poitrine. — syphilitique, XXXVI, 212. — *Voy.* angine.
Angiokératome. Forme d' — XXXV, 579.
Angiome. Des nævi pigmentaires, XXXVI, 633; — pilifère en cercle, XXXV, 215; — de l'urètre, XXXV, 552; traitement des — pileux, XXXV, 214; — traité par l'électrolyse, XXXVI, 191. — R. B., XXXV, 318, 723; XXXVI, 330, 716.
Anomalies. R. B., XXXV, 723.
Anthracose. Pneumokoniose — XXXV, 455.
Anthrax. R. B., XXXV, 723; XXXVI, 330, 717.
Antifébrine. *Voy.* acétanilide.
Antipyrétique. Influence des — sur la teneur des muscles en glycogène, XXXV, 480; contenu du sang en hémoglobine après l'administration d'— XXXV, 481.
Antipyrine. — comme hémostatique, XXXV, 487; — dans le diabète, XXXVI, 93; — contre l'incontinence d'urine, XXXVI, 97; action de l'— sur l'utérus pendant le travail, XXXV, 191.
Antisepsie. — médicale, XXXVI, 505; — obstétricale, XXXVI, 182, 183; étude des — XXXV, 481; valeur de certains — XXXV, 78; résistance des germes tétaniques aux — XXXVI, 74; action des — dans la diphtérie, XXXV, 98; traitement des affections oculaires par les — XXXVI, 288, 289.— R.B., XXXV, 318, 724; XXXVI, 330, 717.
Anurie. *Voy.* rein.
Anus. Evolution de la région — génitale, XXXVI, 428; malformations de l'— XXXV, 616; procédé d'— vésical, XXXV, 306; de la colotomie inguinale, XXXV, 281; XXXVI, 648; colotomie iliaque, XXXVI, 648; colectomie, XXXVI, 648; traitement des — contre nature, XXXVI, 261.— R. B., XXXV, 318, 724; XXXVI, 330, 717.
Aorte. Inégalité du pouls dans les lésions — XXXVI, 534; œdème pulmonaire dans les lésions — XXXVI, 536; de l'insuffisance — XXXV, 528; rétrécissement congénital de l'— XXXV, 528; XXXVI, 580; effets de l'occlusion de l'— XXXVI, 479; anévrisme — syphilitique, XXXVI, 212; troubles psychiques dans les anévrismes — XXXV, 239; électro-puncture d'un anévrisme — XXXVI, 509; rupture de l'— XXXV, 126.— R. B., XXXV, 319, 724; XXXVI, 331, 717.
Aphasie. *Voy.* cerveau, parole.
Aphte. Fièvre — chez l'enfant, XXXVI, 185.
Apnée. *Voy.* respiration.
Aponévrose. Insertions de l'— du grand oblique, XXXV, 18.
Apoplexie. Etat mental des — XXXVI, 225; — périphérique, XXXV, 517.
Appareils. — R. B., XXXV, 319, 724 XXXVI, 331, 717.
Appendiculite. *Voy.* cæcum, intestin, typhlite.

Arec. Alcaloïdes de la noix d'— XXXV, 488.
Arsenic. Action de l'hydrogène — XXXVI, 502; pigmentation produite par l'— XXXV, 217.
Artère. Disposition de l'— méningée moyenne, XXXV, 48; — crurale bifide, XXXV, 457; pouls visible dans les — de la rétine, XXXV, 675; anévrisme de l'— centrale de la rétine, XXXV, 680; pression — dans l'épilepsie, XXXV, 231; — iopathies syphilitiques, XXXVI, 212; — infectieuse expérimentale, XXXV, 474; thrombose — XXXV, 50; thrombose de l'— vertébrale, XXXVI, 512; hémiplégie par embolie du tronc brachio-céphalique, XXXV, 508; embolie de l'— radiale, XXXV, 651; thrombose de l'— poplitée, XXXVI, 632; extirpation d'un anévrisme axillaire, XXXV, 652; anévrisme de l'— radiale, XXXV, 651; anévrisme de l'— axillaire dû à un kyste hydatique, XXXV, 651; anévrisme de l'humérale, XXXV, 651; anévrismes poplités, XXXVI, 632; influence de la ligature des carotides externes sur les polypes naso-pharyngiens, XXXV, 694; torsion des — comme hémostase, XXXVI, 239; suture des — XXXVI, 631. — R. B., XXXV, 319, 724; XXXVI, 331, 718.
Artériopathie. *Voy.* artère.
Arthrite. — posthémiplégique, XXXV, 130; — dans la pneumonie, XXXV, 68; atrophies musculaires consécutives aux — XXXVI, 464, 532; — blennorragique sans gonocoques, XXXV, 590; variété de péri— du genou, XXXVI, 655. — *Voy.* articulation.
Arthrodèse. — pour pied bot, XXXVI, 273.
Articulation. Cartilage — XXXVI, 6; rôle de l'astragale dans la pathologie du cou-de-pied, XXXV, 273; un repli de la synoviale de l'— de la hanche, XXXV, 410; sensibilité des extrémités — XXXVI, 451; luxation du pouce, XXXV, 269, 636; luxation de l'annulaire, XXXV, 269; luxation du cubitus, XXXV, 269; luxation de la hanche, XXXV, 269, 636; arthrite dans les luxations de la hanche, XXXV, 636; opération pour — paralysées, XXXVI, 659; traitement de l'hydropisie — intermittente, XXXV, 634; formes de la tuberculose des — XXXV, 68; la tuberculose — est-elle héréditaire? XXXV, 628; traitement des tuberculoses — par les injections iodoformées, XXXV, 628; résections pour tuberculose — XXXV, 628; résection du poignet, XXXV, 631; résection de la hanche, XXXV, 631; résection du genou, XXXV, 631; résection tibio-tarsienne, XXXV, 632; traitement de la tuberculose — par le naphtol camphré, XXXVI, 662. — R. B., XXXV, 319, 724; XXXVI, 331, 718.
Ascite. — chyleuse, XXXVI, 473; hernie étranglée dans l'— XXXVI, 260; — dans les kystes ovariques, XXXVI, 260.
Asphyxie. R. B., XXXVI, 718.
Asthme. — et ses rapports avec les maladies du nez, XXXV, 702; variétés d'— XXXV, 703; — chez l'enfant, XXXVI, 580; pneumothorax survenu dans un accès d'— XXXVI, 539. — R. B., XXXV, 320, 725; XXXVI, 332, 718.
Astigmatisme. R. B., XXXV, 320; XXXVI, 718.
Astragale. *Voy.* articulation, os, résection.
Ataxie. — chez le mari et la femme XXXVI, 523; obs. d'— XXXVI, 119; la maladie de Friedreich, XXXVI, 119, 463; étiologie de l'— XXXV, 147; sialorrée — XXXV, 147; phénomènes auriculaires et laryngés, XXXV, 147; lésions des nerfs moteurs dans les — XXXV, 147; altération dans un cas d'abolition unilatérale du phénomène du genou, XXXV, 147; testicules et nerfs spermatiques des — XXXVI, 464; lésions médullaires de l'— XXXVI, 523; troubles de la sensibilité dans l'— XXXVI, 119; troubles oculaires dans l'— XXXV, 680; paralysie du moteur oculaire commun dans l'— XXXVI, 286; paralysies — XXXVI, 119; — syphilitique, XXXVI, 595; traitement de l'— par la suspension, XXXV, 505; XXXVI, 511. — *Voy.* moelle.
Athétose. — primitive, XXXV, 522.
Atrophie. Hémi — laryngée, XXXV, 712; — des nerfs optiques dans la sclérose des cordons postérieurs, XXXV, 682; trouble des couleurs dans l'— du nerf optique, XXXV, 684; — musculaire progressive héréditaire, XXXVI, 532; — musculaire suite d'arthrites, XXXVI, 464, 532; hémi— faciale, XXXVI, 524; hémi— linguale, XXXVI, 525. — *Voy.* moelle, muscle, œil.
Atropine. Effet curieux de l'— XXXV, 690.
Auscultation. De l'— XXXVI, 114; sur des phénomènes d'— XXXV, 152; propagation du bruit respiratoire dans l'abdomen, XXXV, 152. — R. B. XXXVI, 719.
Autographisme. De l'— XXXVI, 124.
Autoplastie. — de la bouche et du nez, XXXV, 593; — de la bouche après résection du maxillaire, XXXV, 656; — de la lèvre, XXXV, 656. — R. B., XXXV, 320; XXXVI, 332, 719.
Avortement. Faut-il pratiquer l'— chez les phtisiques? XXXVI, 570; — retardé XXXVI, 571. — R. B., XXXV, 320, 725; XXXVI, 718.
Azote. Désassimilation de l'— XXXV, 41; influence des narcotiques sur les échanges — XXXVI, 81; échanges — dans la cirrhose du foie, XXXVI, 141; élimination de l'— par la sueur, XXXVI, 452.

B

Bacille. *Voy.* bactériologie.
Bactériologie. Précis de microbie médicale et vétérinaire, XXXV, 61; leçons sur les maladies — XXXVI, 60; — chirurgicale, XXXVI, 232; technique — XXXV, 61; culture des microorganismes anaérobies, XXXV, 63; influence de l'alimentation d'un bacille sur les diastases qu'il sécrète, XXXVI, 61; l'activité de la salive et du suc intestinal ne dépend pas des microorganismes, XXXV, 432; les sucs digestifs et les — XXXV, 469; XXXVI, 485; des causes qui modifient l'immunité naturelle, XXXV, 468; production par les microbes pathogènes de substances solubles qui favorisent leur développement, XXXV, 468; évolution des microbes chez les animaux vaccinés, XXXV, 468; restitution de la virulence aux — atténués, XXXV, 63; les matières solubles dans le sang, XXXV, 64; poisons formés par les — XXXVI, 483, 490; vibrion de Metschnikoff, XXXV, 63; action du chlorure de sodium sur les — XXXV, 81; action du glycose sur la virulence du staphylococcus albus, XXXV, 475; examen — de l'air et du sol des vieux cimetières, XXXVI, 103; influence des variations de la nappe d'eau souterraine sur la diffusion des microorganismes dans le sol, XXXVI, 100; les microorganismes des légumes frais, XXXVI, 107; — de la glace, XXXV, 114; réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion — XXXV, 624; — du nez à l'état de santé, XXXV, 695; — dans l'otite purulente, XXXV, 714, 716; — de l'otite diphtéritique, XXXV, 717; microbe des oignons pourris, XXXVI, 485; affections — de l'estomac et de l'instestin chez les nourrissons, XXXVI, 190; bacille de la verrue, XXXVI, 196; la maladie pyocyanique, XXXV, 62; sur le microbe pyocyanique, XXXVI, 62; matières colorantes produites par le bacille pyocyanique, XXXV, 45; fonctions chromogènes du bacille pyocyanique, XXXVI, 489; recherche du — tuberculeux, XXXVI, 485; le bacille tuberculeux dans les crachats, XXXVI, 486; bacille de la pseudo-tuberculose des rongeurs, XXXV, 472; dégénérescence tuberculeuse des ganglions lymphatiques après inoculation de — à des chiens, XXXV, 472; nouveau bacille tuberculeux du bœuf, XXXV, 67; action des — tuberculeux sur le poulet, XXXV, 470; examen — des pleurésies purulentes, XXXVI, 539; bacille de Friedlander dans les pleurésies purulentes, XXXVI, 539; arthrites — dans la pneumonie, XXXV, 68; péricardite produite par le pneumocoque, XXXV, 69; transformisme en microbiologie, XXXVI, 60; variabilité du bacillus anthracis, XXXVI, 60; — charbonneuse asporogène, XXXVI, 73; décomposition de l'albumine par le bacille de l'œdème malin, XXXVI, 452; résistance des spores du bacillus anthracis, XXXV, 71; action du bacille pyocyanique sur la bactéridie charbonneuse, XXXV, 72; virulence des cultures du bacillus anthracis, XXXV, 489; immunité produite par une albuminose isolée des cultures charbonneuses, XXXVI, 490; lésions provoquées par le — typhique, XXXVI, 67; bacille typhique dans l'urine, XXXVI, 51; le bacille typhique dans le cidre, XXXVI, 476; importance de la température dans la détermination des espèces microbiennes et spécialement du bacille typhique, XXXV, 476; rapports entre le bacillus coli et la fièvre typhoïde, XXXV, 476; méningite due au bacille typhique, XXXV, 69; méningites microbiennes, XXXVI, 518; sur le bacille diphtéritique, XXXVI, 68, 488; le microbe tétanifère, XXXV, 479, 480; streptocoques dans la rougeole, XXXVI, 489; le microbe de l'éclampsie, XXXV, 71; virulence du bacille morveux, XXXVI, 74; pénétration des bacilles de la morve à travers la peau saine, XXXVI, 491; résistance du bacille du choléra dans l'eau, XXXVI, 73; — de la fièvre jaune, XXXVI, 74; — du purpura, XXXVI, 75; le bacille de la maladie des furets, XXXV, 477; — de la carie dentaire, XXXV, 73; infection d'une plaie par le coli, XXXV, 618; recherches — sur la blennorragie, XXXVI, 220; diastases et leucomaïnes sécrétées par les microbes de la blennorragie, XXXVI, 220; du gonocoque, XXXV, 589; valeur des gonocoques dans la blennorragie, XXXV, 227; recherche des gonocoques, XXXV, 227; les microbes des écoulements urétraux, XXXV, 228; gonocoque dans les abcès blennorragiques péri-urétraux, XXXVI, 598; des — des tumeurs malignes, XXXV, 65; microbes et abcès, XXXV, 65; — de la sérosité de la hernie étranglée, XXXVI, 492. — R. B., XXXV, 320, 725; XXXVI, 332, 719.
Bactériurie. De la — XXXV, 619.
Bain. Absorption cutanée par les — XXXVI, 505; action des — électriques, XXXV, 99; — turcs chez les aliénés, XXXV, 244. — R. B., XXXV, 322, 726; XXXVI, 333, 720.
Balanite. *Voy.* pénis.
Bassin. Variations du diamètre du — suivant l'attitude de la femme, XXXV, 556; viciation du — par la sclérodermie, XXXV, 193; accès aux organes — par la voie sacrée, XXXV, 311; traitement des exsudats — XXXV, 547; suppuration des symphyses — pendant l'accouchement et les suites de couches, XXXV, 557; taille avec résection du pubis, XXXV, 306; taille avec symphyséotomie, XXXV, 306; laparotomie pour une adénite — XXXVI, 158. — R. B., XXXV, 322, 726; XXXVI, 333, 720.

Baume du Pérou. Traitement de la phtisie par le — XXXV, 96, 498.
Bec-de-lièvre. — orbito-buccal, XXXV, 688. — R. B., XXXV, 726; XXXVI, 333.
Bègue. Cerveau de — XXXV, 457.
Benzamide. — dans l'urine, XXXVI, 52.
Beriberi. R. B. XXXV, 322, 726; XXXVI, 333.
Bichromate. Empoisonnement par le — de potasse, XXXVI, 86.
Bile. Matières colorantes de la — XXXV, 445; XXXVI, 50; fer dans la — XXXVI, 47; apparition de l'oxyhémoglobine dans la — XXXV, 447; relations entre la — et le glycogène du foie, XXXV, 437; action de la — sur les mouvements du cœur, XXXV, 426; de la sécrétion — XXXVI, 445; des effets de l'épanchement de la — dans le péritoine, XXXV, 465; XXXVI, 582.
Biliaires (Voies). Effets de l'huile d'olives dans la lithiase — XXXVI, 511; oblitération du canal cholédoque, cholécystentérostomie, XXXV, 608; traitement des calculs — XXXV, 503; XXXVI, 249; cancer primitif du conduit — XXXV, 164; XXXVI, 145; rupture de la vésicule — XXXVI, 582; obstruction intestinale par un calcul — XXXVI, 249; la cicatrisation des blessures de la vésicule — XXXV, 465; fistule — XXXV, 608; chirurgie des voies — XXXV, 294, 608; extirpation de la — XXXV, 608; XXXVI, 635; blessure des voies — XXXVI, 635; observations de cholécystectomie, XXXVI, 635; observations de cholécystotomie, XXXVI, 635; observations de cholécystentérectomie, XXXVI, 635. — R. B., XXXV, 322, 726; XXXVI, 333, 721.
Bismuth. Toxicité du — XXXV, 81.
Blennorragie. Traité de la — XXXV, 226; recherches bactériologiques sur la — XXXVI, 220; diastases et leucomaïnes secrétées par les microbes de la — XXXVI, 220; du gonocoque de Neisser, XXXV, 589; valeur des gonocoques dans la — XXXV, 227; recherches des gonocoques, XXXV, 227; gonocoque de Neisser dans les abcès — XXXVI, 598; arthrite — sans gonocoques, XXXV, 590; — buccale, XXXV, 228; laryngite — XXXVI, 686; modifications de l'urètre après la — XXXVI, 598; traitement de la — XXXV, 228, 590; traitement de l'orchite — par l'anémone, XXXV, 229; traitement de la — par le salol, XXXVI, 221. — R. B., XXXV, 322, 727; XXXVI, 333, 721.
Borax. — contre l'épilepsie, XXXVI, 601.
Borique (Acide). Action de l'— XXXVI, 502; traitement des granulations de la conjonctive par l'— XXXV, 670.
Bouche. Tuberculose — XXXVI, 681; blennorragie — XXXV, 228; tumeurs des glandules salivaires de la — XXXV, 601; autoplastie de la — XXXV, 593; autoplastie de la — après résection du maxillaire supérieur, XXXV, 656. — R. B., XXXV, 323, 727; XXXVI, 334, 721.
Bradycardie. *Voy.* cœur.
Branchie. Cartilage — bilatéral et symétrique, XXXVI, 476. — R. B., XXXV, 727.
Bright (Mal de). *Voy.* néphrite, rein.
Bromoforme. Le — contre la coqueluche, XXXV, 505.
Bromure. L'anesthésie par le — d'éthyle, XXXVI, 233, 239; influence du — sur la menstruation, XXXV, 99.
Bronche. Physiologie des — XXXVI, 448; anomalies de la — épartérielle, XXXV, 458; kyste dermoïde de la paroi thoracique communiquant avec une — XXXV, 157; syphilis — XXXVI, 595. — R. B., XXXV, 323, 727; XXXVI, 334, 721.
Bronchiectasie. — traitée par le drainage, XXXV, 157.
Bronchite. Etiologie de la — fibrineuse, XXXV, 161.
Bronchopneumonie. — érysipélateuse, XXXVI, 136.
Brucine. Action de la — XXXV, 83.
Brûlure. Lésions causées par les — étendues de la peau, XXXV, 455; causes de la mort subite dans les — XXXVI, 611. — R. B., XXXV, 323, 727; XXXVI, 334, 721.
Bubon. Pathogénie du — XXXVI, 219. — *Voy.* adénite.
Bulbe. Sur le syndrome — médullaire, XXXV, 144; paralysie — XXXV, 508; origine — de la maladie de Basedow, XXXVI, 121.

C

Cadavre. La rigidité — XXXV, 245; effets de la rigidité — sur le cœur, XXXV, 247; perte de poids que subissent les — à l'air, XXXV, 48; état des muscles dans la rigidité — XXXVI, 439; origine de l'adipocire, XXXV, 249. — R. B., XXXV, 727.
Café, ine. Action de la — XXXVI, 82; la — et la kola, XXXVI, 83; injections de — dans les métrorragies, XXXV, 559; de l'abus du — XXXV, 112.
Cal. — exubérant détruit par le courant galvanique, XXXVI, 266. — *Voy.* fracture, os.
Calcul. *Voy.* divers organes.
Calomel. *Voy.* mercure.
Camphorique (Acide). — contre les sueurs des phtisiques, XXXV, 499.
Cancer. Localisation des — primitifs, XXXVI, 469; division des cellules des — épithéliaux, XXXVI, 470; — lymphatique, XXXVI, 469; — primitif des ganglions lymphatiques, XXXV, 53; histogénèse du carcinome, XXXV, 51; toxicité des tumeurs — XXXVI, 482; le — en Normandie, XXXVI, 108; inoculation du — XXXVI, 73, 467; inoculation d'érysipèle sur un — XXXVI,

63; diminution d'urée dans le — XXXV, 448; la nutrition chez les — XXXVI, 154, 155; adénopathie sus-claviculaire dans les — de l'abdomen, XXXVI, 155; — du pharynx, XXXVI, 291; — du larynx, XXXVI, 298, 694, 695, 696; laryngectomie pour — du larynx, XXXVI, 300; des — de la langue et des lèvres, XXXV, 600; — atrophique de la langue, XXXV, 657; résultats des opérations de — de la langue, XXXV, 277; forme de — de l'œsophage, XXXVI, 471; l'absence d'acide chlorhydrique dans le — de l'estomac, XXXV, 482; développement du — de l'estomac, XXXV, 453; état de la muqueuse dans le — de l'estomac, XXXV, 453; répartition et étiologie du — stomacal, XXXV, 535; diagnostic du — de l'estomac, XXXV, 535; sécrétion exagérée d'HCl dans le — de l'estomac, XXXV, 535; — métastatique de l'estomac, XXXVI, 543; gastrostomie dans le — de l'œsophage, XXXVI, 247; cathétérisme à demeure dans le — de l'œsophage, XXXVI, 247; — primitif de la vésicule et des canaux biliaires, XXXVI, 145; — primitif des voies biliaires, XXXV, 164; — primitif du pancréas, XXXV, 164; récidive des — du sein après l'opération, XXXV, 278; — ovaire, XXXVI, 561; myo — de l'utérus, XXXV, 52; ablation de l'utérus — XXXV, 552; extirpation d'un — vagino-utérin, XXXVI, 168; — d'un utérus en prolapsus, XXXVI, 169; — du col utérin et noyaux — du fond, XXXV, 185; l'hystérectomie pour le — utérin, XXXV, 185; ablation d'un utérus — gravide, XXXV, 185; traitement du — du rectum, XXXVI, 654. — R. B., XXXV, 323, 727; XXXVI, 334, 721.

Capsules surrénales. — et maladie d'Addison, XXXVI, 556; maladies chirurgicales des — XXXV, 296; hypertrophie compensatrice des — XXXVI, 481; virulence des — dans la rage, XXXVI, 71. — *Voy.* rein.

Carbone. Étude spectroscopique du sang oxy — XXXVI, 612; empoisonnement par l'oxyde de — XXXV, 86, 87, 495; XXXVI, 85; amblyopie due au sulfure de — XXXV, 686.

Carbonique (Acide). L'— contre la tuberculose, XXXV, 90.

Cartilage. — articulaire, XXXVI, 6. — R. B., XXXV, 324, 727; XXXVI, 334, 721.

Caséine. Produits de décomposition de la — XXXV, 446.

Castration. *Voy.* ovaire, testicule.

Cataracte. De la — congénitale, XXXV, 672; de la — sénile, XXXV, 674; début de la — XXXV, 674; procédé d'extraction, XXXV, 671, 673; statistique d'opération de — XXXV, 672. — *Voy.* cristallin.

Catgut. Désinfection du — XXXVI, 62.

Cécité. De la — psychique, XXXV, 511; — quinique, XXXV, 683.

Cellule. Etude de la — et de ses phénomènes de division, XXXVI, 7; l'axe organique du noyau, XXXV, 9; origine et rôle des noyaux libres du vitellus, XXXV, 418; division — amitosique de l'épithélium vésical, XXXV, 417; dépôt de graisse dans les — XXXVI, 24. — R. B., XXXV, 324, 727; XXXVI, 334, 721.

Céphalo-rachidien (Liquide). Du — XXXVI, 455.

Cerveau. Structure du — antérieur, XXXVI, 401; entre-croisement des nerfs optiques, XXXVI, 2; état des vaisseaux de la base du — XXXV, 47; coloration des coupes du — XXXVI, 26; centre cortical — XXXVI, 294; des centres de langage, XXXV, 130; le centre moteur du larynx, XXXV, 706; XXXVI, 447; des centres et conducteurs optiques, XXXV, 126; nouveau centre optique, XXXV, 658; centre — de l'immobilité réflexe de la pupille, XXXV, 508; les centres — pour le mouvement de la vessie, XXXV, 37; physiologie du ruban de Reil, XXXVI, 513; physiologie des fibres commissurales du — XXXVI, 432; importance du — moyen pour la respiration, XXXV, 27; localisation des conducteurs des impressions sensitives dans les différentes parties du — XXXV, 424; régulation de l'irrigation du — XXXVI, 431; température — à la suite d'excitations sensitives, XXXV, 22; influence de la zone corticale sur la sécrétion salivaire, XXXV, 25; influence des lésions du corps strié et de la couche optique sur la température, XXXV, 463; effets de la section du corps calleux, XXXVI, 433; résultats de l'ablation du — XXXVI, 58; effets de l'ablation du — sur la vision, XXXVI, 29; sucre du — XXXVI, 49; température du — dans les états psychiques, XXXV, 233; microcéphalie, XXXV, 563; — de bègue, XXXV, 457; — des choréiques, XXXV, 168; — d'aliénés, XXXV, 236; syphilis — XXXV, 218, 584; encéphalopathie saturnine, XXXV, 86; lésion du — dans l'idiotie, XXXVI, 230; paralysie — infantile, XXXVI, 230; paralysie — infantile, XXXV, 135; lésions du lobe pariétal inférieur, XXXV, 126; paralysie progressive avec lésions de la capsule interne, XXXV, 130; atrophie musculaire précoce dans les paralysies — XXXV, 130, 513; de l'hémiplégie — XXXV, 508; anatomie pathologique de l'encéphalite aiguë, XXXVI, 57; hémorragie du pont de Varole, XXXVI, 516; hémianopsie par ramollissement du coin, XXXVI, 513; hémiplégie sans lésions en foyer, XXXVI, 513; de l'hémianopsie et de l'alexie, XXXV, 130; aphasie sensorielle, XXXV, 130; compréhension de la musique chez les aphasiques, XXXV, 130; troubles des facultés musicales dans les lésions — XXXV, 130; étude de l'aphasie, XXXVI, 513; amnésie et paralysie traumatique de l'oculo-moteur commun, XXXV, 126; déviation conjuguée permanente de la tête et des yeux, XXXV, 126; thromboses du sinus caverneux, XXXV, 140; thrombose du sinus latéral d'origine auriculaire, XXXV, 718; anévrismes — XXXVI, 512; embolie — XXXVI, 512; de la porencéphalie, XXXV, 135; diagnostic des maladies des tuber-

cules quadrijumeaux, XXXV, 137, tumeurs du quatrième ventricule, XXXV, 137; névrome du — XXXV, 48; tumeur du corps calleux, XXXVI, 513; tumeur du corps temporo-sphénoïdal, XXXVI, 513; tumeur tuberculeuse du pont de Varole, XXXVI, 516; observation de tumeur — XXXV, 508; XXXVI, 516, 577, 578; abcès — XXXVI, 578; abcès du lobule paracentral, XXXV, 130; abcès — suite d'empyème, XXXVI, 539; trépanation pour abcès du — suite d'otite, XXXVI, 697; lésions de l'oreille dans les affections — XXXV, 715; hernie du — après une fracture du crâne, XXXV, 643; blessure des centres corticaux des deux jambes, XXXVI, 240; trépanation pour un cas d'aphasie, XXXV, 232; trépanation pour abcès — XXXV, 257, 643; XXXVI, 240, 618; trépanation pour hémorragie — XXXV, 643; trépanation pour tumeur — XXXV, 595, 643; XXXVI, 618; trépanation pour un cas d'actinomycose du — XXXVI, 618; ablation des thrombus pyémiques des sinus latéraux, XXXVI, 618; crâniectomie dans la microcéphalie, XXXVI, 617; la chirurgie du — XXXVI, 242. — R. B., XXXV, 324, 727; XXXVI, 335, 722.

Cervelet. Disposition des fibres nerveuses dans l'écorce du — XXXVI, 226; tumeur du — XXXV, 137; XXXVI, 516. — R. B., XXXV, 729; XXXVI, 335, 723.

Césarienne (Opération). Comparaison de l' — et de la crâniotomie, XXXV, 205; de la suture de l'utérus dans l' — XXXV, 204; simplification de l' — XXXV, 204; XXXVI, 572; résultats de l' — XXXVI, 572; indications de la méthode de Porro, XXXVI, 573; les — à Philadelphie de 1835 à 1889, XXXVI, 176; — pour ostéomalacie, XXXVI, 175; trois — sur la même femme, XXXV, 559. — R. B., XXXV, 325, 729; XXXVI, 325, 723.

Chaleur. Etude de la — animale, XXXVI, 440; la — animale, XXXV, 31; recherches — XXXV, 31; phase de la contraction musculaire pendant laquelle se fait le dégagement de — XXXV, 430.

Champignon. — R. B., XXXV, 325; XXXVI, 336, 723.

Chancre. Extirpation du — XXXVI, 593; inoculabilité du — mou, XXXVI, 219; des adenites suppurées du — mou, XXXV, 229; complications du — mou, XXXVI, 219; fistules urétrales consécutives au — simple, XXXVI, 219; le raclage du — mou, XXXVI, 220; traitement du — mou, XXXV, 229; traitement du bubon — XXXV, 590. — R. B., XXXV, 325; XXXVI, 336, 723.

Charbon. Du — intestinal, XXXVI, 151; le — des pigeons, XXXVI, 73; bactéridie — asporogène, XXXVI, 73; atténuation de l'infection — XXXVI, 72; inoculation du — symptomatique au lapin, XXXV, 71; réceptivité au — XXXV, 71; résistance des spores du bacillus anthracis, XXXV, 71; virulence des cultures du bacillus anthracis, XXXVI, 489; immunité produite par une albuminose isolée des cultures — XXXVI, 490; influence sur le — de l'inoculation du bacille pyocyanique, XXXV, 72. — R. B., XXXV, 325, 729; XXXVI, 336, 724.

Chaux. Désinfection des fèces par la — XXXV, 115, 116.

Chéloïde. De la — XXXVI, 195; — spontanée multiple, XXXVI, 591. — *Voy.* cicatrice.

Chimaphilia. Action de la — XXXV, 84.

Chimie. R. B., XXXVI, 336.

Chirurgie. Traité de — XXXVI, 231; des opérations à sec, XXXV, 256; l'aliénation à la suite des opérations — XXXV, 239. — R. B., XXXV, 326, 729; XXXVI, 336, 724.

Chloral. Action du — sur le rein, XXXV, 77.

Chloralamide. Action de la — XXXV, 75, 504; XXXVI, 78.

Chlorate. Etude des — XXXVI, 77; empoisonnement par le — de potasse, XXXVI, 85.

Chlorhydrique (Acide). Empoisonnement par l' — XXXV, 492. — *Voy.* estomac.

Chloroforme. L'anesthésie par le — XXXVI, 233; altérations du — par la lumière artificielle, XXXVI, 493; action consécutive du — XXXV, 491. — *Voy.* anesthésie.

Chlorose. Elimination de l'hématine et du fer dans la — XXXVI, 131; des thromboses dans la — XXXV, 172; XXXVI, 131. — R. B., XXXV, 326, 730; XXXVI, 336, 724.

Chlorure. Action du — de sodium sur les bactéries, XXXV, 81; influence du — sur la composition du suc gastrique, XXXV, 436.

Cholécystectomie. De la — XXXV, 295; XXXVI, 251, 635.

Cholécystentérostomie. Obs. de — XXXVI, 635.

Cholécystite. — typhoïde, XXXVI, 141.

Cholécystotomie. Procédé de — XXXVI, 249; obs. de — XXXV, 608; XXXVI, 251, 635; oblitération du canal cholédoque, cholécystentérotomie, XXXV, 608; de la — XXXV, 295. — *Voy.* biliaire.

Cholélithotripsie. Obs. de — XXXVI, 251.

Choléra. Résistance du bacille — dans l'eau, XXXVI, 73; du — infantile, XXXV, 566; angine — XXXV, 692; — et quarantaines, XXXV, 108. — R. B., XXXV, 326, 730; XXXVI, 336, 724.

Cholestéatome. — de l'oreille, XXXVI, 302.

Cholestérine. Réaction de la — XXXV, 448.

Chorée. Rapports de la — et du rhumatisme, XXXVI, 530; anatomie pathologique de la — XXXVI, 530; — avec atrophie musculaire, XXXVI, 530; — chez les déments, XXXV, 241; rapports de la — avec la folie, XXXVI, 223; — avec aliénation, XXXV, 168; — avec endocardite, XXXV, 168; autopsie de —, XXXV, 524; — héréditaire, XXXV, 521; état du cerveau des — XXXV, 168; salicylate dans la — XXXVI, 508; sulfonal dans la — XXXVI, 97; — traitée par le sommeil prolongé, XXXV, 168. — R. B., XXXV, 326, 730; XXXVI, 336, 724.

Choroïde, ite. Matière colorante noire de

la — XXXV, 45; tuberculose de la — XXXVI, 282; rétino — par traumatisme, XXXVI, 283. — R. B., XXXV, 326, 730; XXXVI, 337, 725.
Chromidrose. — jaune, XXXV, 582.
Chyle. Epanchements et ascite — XXXVI, 473; kyste — du mésentère, XXXV, 612.
Chylurie. R. B., XXXVI, 337.
Cicatrice. La couleur des — XXXVI, 195. — R.B., XXXV, 327; XXXVI, 337.
Cillaire. Anastomoses des vaisseaux — avec ceux de la rétine, XXXV, 671.
Cimetières. Examen bactériologique de l'air et du sol des vieux — XXXVI, 103.
Circoncision. *Voy.* pénis.
Circulation. Rapports de la respiration et de la — après la section de la moelle, XXXV, 423; régulation de l'irrigation sanguine du cerveau, XXXVI, 431; — au moment de la naissance, XXXVI, 438; — à travers le trou de Botal, XXXVI, 30; influence de la respiration sur la XXXVI, 31; influence du degré de réplétion de l'abdomen sur la — XXXV, 23. — R. B., XXXV, 327, 730; XXXVI, 337, 725.
Cirrhose. *Voy.* foie.
Clasmatocyte. Des —, XXXVI, 410.
Climat. R. B., XXXV, 327, 730; XXXVI, 337, 725.
Coagulation. La — du sang, XXXVI, 438. — *Voy.* sang.
Cocaïne. De l'épilepsie — XXXVI, 225; — dans le diabète, XXXVI, 93; — dans la fièvre jaune, XXXVI, 94; emploi de la — dans les maladies des yeux, XXXV, 689.
Cocillana. — dans les maladies pulmonaires, XXXV, 96.
Cœcum. Traitement des tumeurs du — XXXVI, 254; de l'appendiculite et de la péritonite appendiculaire, XXXVI, 257, 258; laparotomie dans l'appendiculite et excision de l'appendice vermiforme, XXXVI, 257, 258, 643, 644. — *Voy.* intestin.
Cœur. Développement du —, XXXV, 13; sur l'innervation du — de la grenouille, XXXV, 23; origine du premier bruit du — XXXVI, 437; bruit musculaire du — XXXV, 26; circulation à travers le trou de Botal, XXXVI, 30; mécanisme de la valvule tricuspide, XXXV, 26; phénomènes d'inhibition dans le — XXXVI, 436; de l'hémisystolie, XXXVI, 437; activité de la diastole, XXXVI, 434; contrôle volontaire du — XXXVI, 435; action du nerf vague sur le — XXXVI, 435; action de la bile sur les mouvements du —, XXXV, 426; variations respiratoires du rythme du — XXXV, 426; déglutition et mouvements du — XXXVI, 31; actions réciproques du — et des vaisseaux, XXXV, 426; rapports inverses du — et des vaisseaux, XXXVI, 436; restitution des propriétés du — après l'état de rigidité, XXXVI, 36; effets de la rigidité cadavérique sur le —, XXXV, 247; des cellules cardiopathiques, XXXV, 452; XXXVI, 465; malformation congénitale du —, XXXV, 562; oblitération de l'orifice aortique, XXXV, 123; persistance du canal artériel, XXXV, 123; maladies du — XXXV, 122; les scléroses — XXXVI, 130; troubles — dans la ménopause, XXXVI, 126; l'acide chlorhydrique de l'estomac dans les affections du — XXXVI, 126; rôle comparatif du — gauche et du — droit dans l'asystolie, XXXVI, 126; la myocardite segmentaire chronique, XXXVI, 126; rétrécissement mitral chez l'enfant, XXXVI, 186; rétrécissement mitral suite de fracture du sternum, XXXV, 123; rétrécissement tricuspidien, XXXV, 123; de l'insuffisance aortique, XXXV, 528; de la tachycardie paroxystique, XXXV, 528; XXXVI, 534; de la bradycardie, XXXVI, 534; troubles digestifs et arythmie — XXXV, 124; souffle — chez un malade atteint de lésion cérébrale, XXXV, 123; étude du pouls jugulaire et du bruit de galop dans un cas d'ectopie — XXXV, 427; folie chez les —, XXXV, 236; des anévrismes du — XXXV, 528; anévrisme spontané du pli du coude chez un — XXXV, 651; syphilis du — XXXV, 586; des plaies du —, XXXV, 60; coronille dans les affections — XXXV, 99; action de l'iodure de potassium sur le —, XXXV, 81; massage du —, XXXV, 502. — R. B., XXXV, 327, 730; XXXVI, 337, 725.
Coloboma. — du nerf optique avec microphtalmie, XXXV, 688.
Colopexie. *Voy.* rectum.
Colotomie. *Voy.* anus, intestin.
Colporraphie. *Voy.* périnée.
Commotion. — cérébro-spinale, XXXVI, 519.
Conjonctif (Tissu). Développement du — XXXVI, 407; des espaces interstitiels, XXXV, 407. — R.B., XXXV, 732; XXXVI, 338.
Conjonctive, ite. Réflexes — XXXV, 659; forme de — infectieuse, XXXV, 669; traitement du trachome, XXXVI, 280; traitement des granulations — par l'acide borique, XXXV, 670. — R. B., XXXV, 328, 732; XXXVI, 338, 726.
Contagion. — R. B., XXXV, 328; XXXVI, 726.
Contracture. Des — hystériques, XXXV, 523.
Convulsion. Influence de la température interne sur les — XXXV, 482.
Coqueluche. Pneumonie de la — XXXV, 563; traitement de la — XXXV, 95; le bromoforme contre la — XXXV, 505. — — R.B., XXXV, 328, 732; XXXVI, 338, 727.
Cordon ombilical. Rupture du — XXXV, 558. — R. B., XXXV, 328; XXXVI, 727.
Corne. Formation du tissu — XXXVI, 5.
Cornée. Influence exercée par les muscles de l'œil sur la forme de la — XXXVI, 43; régénération de l'épithelium — XXXV, 667; XXXVI, 479; coloration de la — avec la fluorescine, XXXV, 668; réflexes — XXXV, 659; herpès de la — XXXV, 666, 667; XXXVI, 281; herpès de la — dans la pneumonie, XXXVI, 135; traitement des cicatrices — XXXVI, 281; kyste dermoïde de la — XXXVI, 281.

— R. B., XXXV, 328, 732; XXXVI, 338, 727.
Coronille. — dans les affections cardiaques, XXXV, 99.
Corps étranger. Mort par introduction de lait dans les voies aériennes, XXXVI, 300; — de la gorge, XXXVI, 290; — du nez, XXXV, 702; — enkystés de la rétine, XXXV, 681; œsophagotomie pour — XXXV, 603; pleurotomie pour — XXXV, 603; gastrostomie pour — de l'estomac, XXXV, 292; laparotomie pour — de l'abdomen, XXXV, 614; traitement des — avalés, XXXV, 607; — du péritoine XXXV, 460; fragment de balle inclus dans le cubitus pendant 30 ans, XXXV, 642; balles restées dans les tissus, XXXV, 642. — R. B., XXXV, 329, 733; XXXVI, 339, 727.
Côtes. Résection des — pour un ostéochondrome, XXXV, 276; résections — dans la scoliose, XXXV, 647.
Cou. Déplacement des organes du — par les mouvements de la tête, XXXVI, 3; l'espace supra-sternal du — XXXVI, 4; fistule du — congénitale, XXXV, 261; kyste sanguin du — XXXV, 261.
Couleur. Perception des — XXXV, 663; sens des — dans la vision indirecte, XXXVI, 275; cécité périphérique des — XXXVI, 277; trouble des — dans l'atrophie du nerf optique, XXXV, 684. — R. B., XXXV, 329; XXXVI, 727.
Crampe. — professionnelles, XXXVI, 525; — de la langue, XXXVI, 525. — *Voy.* névrose.
Crâne. — membraneux primordial, XXXVI, 419; arc sous-jugal et bipartition des os malaires, XXXV, 14; ossification prématurée du — chez un nouveau-né, XXXV, 563; atrophie symétrique du — XXXVI, 476; anévrismes cirsoïdes du cuir chevelu, XXXVI, 242; tumeur du cuir chevelu, XXXVI, 617; kystes dermoïdes intra — XXXV, 598; traitement des néoplasmes perforants de la voûte du — XXXVI, 241; névrite des nerfs — suite de fracture, XXXV, 140; traitement des hémorragies intra — XXXVI, 242; des traumatismes du — et de l'aliénation, XXXV, 234; résection temporaire du — XXXV, 595; fractures du — avec hernie cérébrale, XXXV, 643; trépanation du — pour abcès du cerveau, XXXV, 257, 595, 643; XXXVI, 240, 615, 618; drainage dans les lésions de la base du — XXXV, 257; trépanation dans les fractures du — XXXV, 257, 595, 643; XXXVI, 240, 615, 618. — R. B., XXXV, 329, 733; XXXVI, 339, 727.
Crâniectomie. — dans la microcéphalie, XXXVI, 617.
Crâniotomie. Comparaison de l'opération césarienne et de la — XXXV, 205.
Crémation. De la — XXXV, 105. — R.B., XXXVI, 339.
Créoline. Action de la — XXXV, 100; — en obstétrique, XXXV, 200; toxicité de la — XXXVI, 500; empoisonnement par la — XXXV, 496.
Créosote. Injections de — dans la tuberculose, XXXVI, 90.
Crésylique (Acide). Propriétés de l'— XXXV, 490.
Criminel. R. B., XXXV, 329, 734; XXXVI, 339, 728.
Cristallin. De la régénération du — XXXV, 672; formation des gouttelettes dans le — XXXV, 674. — R.B., XXXV, 329, 734; XXXVI, 340, 728.
Croissance. Maladies de — XXXVI, 576. — R. B., XXXVI, 340, 728.
Curare. Effets du — XXXVI, 493.
Cyanhydrique (Acide). Réaction de l'acide sulfo — XXXVI, 502.
Cysticerque. — de l'œil, XXXV, 689; XXXVI, 287; — des méninges, XXXVI, 117. — R. B., XXXV, 330.
Cystinurie. La — XXXV, 167; XXXVI, 51; présence des diamines dans la — XXXV, 442.
Cystite. De la — folliculaire nodulaire, XXXV, 303; — gangreneuse, XXXV, 303; traitement de la — tuberculeuse, XXXVI, 672. — *Voy.* vessie.
Cystoscopie. *Voy.* vessie.

D

Daltonisme. Du — XXXV, 663. — R. B., XXXV, 330; XXXVI, 340.
Déglutition. — et mouvements du cœur, XXXVI, 31; troubles de la — chez les trachéotomisés, XXXVI, 301.
Délire. — dans la fièvre typhoïde, XXXVI, 151. — *Voy.* aliénation, fièvre.
Délivrance. — dans les cas de fœtus mort et macéré, XXXVI, 570. — *Voy.* accouchement.
Démographie. De la — XXXV, 105. — R. B., XXXV, 734; XXXVI, 340, 729.
Démence. *Voy.* aliénation.
Dengue. — R. B., XXXV, 734; XXXVI, 340, 729.
Dent. De la périodontite expulsive, XXXVI, 246; microbes de la carie — XXXV, 73. — R. B., XXXV, 330, 735; XXXVI, 340, 729.
Dermatite. — herpétiforme, XXXV, 572; XXXVI, 584; — exfoliatrice, XXXV, 576; XXXVI, 584; — pustuleuse en foyers, XXXVI, 584; troubles de nutrition dans les — XXXVI, 585. — *Voy.* peau.
Dermatose. — bulleuse infantile, XXXVI, 200; traitement des — XXXV, 583. — *Voy.* peau.
Dermographie. De la — XXXVI, 124.
Désarticulation. *Voy.* amputation.
Désinfection. — du catgut, XXXVI, 62; — par les gaz, XXXV, 115, 119; — des objets mobiliers dans les ventes, XXXV, 119; — des fèces, XXXV, 115, 116, 117. — R. B., XXXV, 330, 735; XXXVI, 340, 729.
Diabète. Théorie du — XXXV, 541; — pancréatique, XXXV, 541; étiologie du — XXXV, 541; coexistence du — chez

le mari et la femme, XXXV, 541; — produit par la phloridzine, XXXVI, 496; production du — XXXVI, 59; glycosurie éphémère dans les opérations chirurgicales, XXXV, 593; — maigre et aigu, XXXVI, 149; les — glycosuriques, XXXVI, 149; du coma — XXXVI, 149; acétonurie et coma — XXXV, 541; — insipide, XXXVI, 148; myopie — XXXV, 662; otite — XXXV, 716; traitement du — XXXVI, 509; cocaïne dans le — XXXVI, 93; antipyrine dans le — XXXVI, 93; salicylate dans le — XXXVI, 508. — R. B., XXXV, 330, 735; XXXVI, 340, 729.
Diamine. Présence des — dans la cystinurie, XXXV, 442.
Diaphragme. Mouvements respiratoires du — XXXVI, 43; abcès sous — XXXVI, 254, 539.
Diarrhée. Etiologie de la — d'été, XXXV, 540. — *Voy*. intestin.
Diathèse. R. B., XXXVI, 730.
Diazoïque. Valeur de la réaction — XXXVI, 458.
Dictionnaire. — médical, XXXVI, 112.
Digestion. — naturelle et artificielle, XXXVI, 441; ferments — XXXVI, 41; — de la viande, XXXVI, 442; influence de l'albumine sur la — des matières non azotées, XXXVI, 443; des processus — XXXV, 433; influence du mode de préparation sur la — de la viande, XXXV, 435; — chez le porc, XXXV, 35, 435; la — stomacale, XXXV, 535; la — gastrique dans les maladies des voies respiratoires, XXXV, 535; les sucs — et les bactéries, XXXV, 469; action des sucs — sur les bactéries, XXXVI, 485; influence des médicaments sur la — XXXV, 74; troubles — et arythmie cardiaque, XXXV, 124. — R. B., XXXV, 330, 735; XXXVI, 341, 730.
Digitale. Action des principes de la — XXXVI, 83.
Diphtérie. Sur le bacille — XXXVI, 68, 488; processus de la membrane — XXXVI, 488; angine scarlatineuse pseudo — XXXVI, 674; pseudo-rhumatisme — XXXV, 568; bactériologie de l'otite — XXXV, 717; manie guérie par une — XXXV, 239; traitement de la — XXXVI, 96, 507; traitement de la — par le sublimé, XXXV, 97; par les inhalations d'oxygène, XXXV, 97; par l'acide thymique, XXXV, 97; variations du rythme respiratoire dans la — après les inhalations d'oxygène, XXXV, 97; action des antiseptiques sur la — XXXV, 98. — R. B., XXXV, 331, 735; XXXVI, 341, 730.
Diurèse. — produite par les sucres, XXXVI, 43.
Diurétine. De la — XXXVI, 494.
Diurétique. Action — du calomel, XXXV, 500; les sucres comme — XXXV, 500; action — du sucre de lait, XXXVI, 95.
Docimasie. La — gastro-intestinale, XXXV, 250; la — sidéro-pulmonaire, XXXV, 251. — *Voy*. méd. légale.
Doigt. Le — à ressort, XXXV, 270, 641; lésions consécutives à la flexion forcée des phalangettes des — XXXVI, 274; ectrodactylie symétrique chez la mère et l'enfant, XXXV, 58; de l'ectrodactylie, brachydactylie et syndactylie, XXXV, 462. — *Voy*. main, pied.
Drainage. — dans les lésions de la base du crâne, XXXV, 257; — dans la chirurgie abdominale, XXXVI, 260.
Duodénum. Rupture du — XXXVI, 255; réparation de l'ulcère — XXXVI, 255.
Dysenterie. Contagion de la — XXXV, 540; abcès du foie — XXXVI, 137; rétrécissement — du rectum, XXXV, 288. — R. B., XXXV, 331, 736; XXXVI, 341, 731.
Dyspepsie. Traité de la — XXXVI, 549; — nerveuse, XXXVI, 542. — *Voy*. estomac.
Dysphagie. — dans la phtisie laryngée, XXXVI, 296.
Dystocie. *Voy*. accouchement.

E

Eau. Protection des cours d'— XXXV, 104; influence des variations du niveau des nappes d'— sur la diffusion des microorganismes dans le sol, XXXVI, 100; effets de la filtration de l'— par le sable, XXXVI, 100, 101; la fièvre typhoïde et l'— de boisson, XXXVI, 707; des injections d'— salée dans les vaisseaux, XXXV, 466. — R. B., XXXV, 331, 736; XXXVI, 342, 731.
Eaux minérales. Règlement sur les — XXXV, 109. — R. B., XXXV, 331, 736; XXXVI, 342, 731.
Eclampsie. Le microbe de l'— XXXV, 71; pathogénie de l'— XXXV, 71; lésion du foie dans l'— XXXV, 195. — R. B., XXXV, 332, 736; XXXVI, 342, 732.
Ecole. La myopie — XXXVI, 277.
Ecriture. R. B., XXXVI, 342.
Ectrodactylie. *Voy*. doigt.
Eczéma. Etiologie de l'— XXXV, 207; — impétigineux, XXXVI, 586; anatomie pathologique de l'— XXXVI, 587; l'— des galvaniseurs, XXXVI, 110; — du mamelon, XXXVI, 199; traitement de l'— XXXV, 583; acide picrique dans l'— XXXVI, 199. — R. B., XXXV, 332, 737; XXXVI, 342, 732.
Electricité. — physiologique, XXXVI, 34; action polaire des courants — XXXV, 35; rapports entre la forme de l'excitation — et la réaction névro-musculaire, XXXV, 430; modifications de l'excitabilité galvanique névro-musculaire par la galvanisation de la moelle, XXXVI, 29; décharges — dans la peau sous l'influence d'excitations, XXXV, 34; résistance — du corps humain, XXXVI, 34; modifications de l'excitabilité — dans la démence paralytique, XXXV,

241; action des bains — XXXV, 99; — puncture d'un anévrisme aortique, XXXVI, 509; angiome traité par l'— XXXVI, 191; traitement des verrues par l'— XXXVI, 593; cal exubérant détruit par le courant — XXXVI, 266; éclairage — des abcès du sinus maxillaire, XXXV, 705; électrolyse dans le cancer du larynx, XXXVI, 694; électrolyse dans les obstructions nasales, XXXV, 704; traitement du goitre par l'électrolyse, XXXVI, 244; électrolyse dans les rétrécissements du rectum, XXXV, 288; traitement de l'occlusion intestinale par l'— XXXV, 290; XXXVI, 648; vaginisme guéri par les courants continus, XXXVI, 161; — dans la grossesse extra-utérine, XXXV, 202; XXXVI, 178; traitement par l'— des fibromes utérins, XXXVI, 167, 567. — R. B., XXXV, 332, 737; XXXVI, 343, 732.

Electrolyse. *Voy.* électricité.

Eléphantiasis. — congénital, XXXV, 216; XXXVI, 203; — de la paupière, XXXVI, 279. — R. B., XXXV, 332, 737; XXXVI, 343, 732.

Embolie. — cérébrale, XXXVI, 512; hémiplégie par — du tronc brachio-céphalique, XXXV, 508; — de l'artère radiale, XXXV, 651. — R. B., XXXV, 332, 737; XXXVI, 343, 732.

Embryon. Théorie du mésoderme, XXXV, 3; XXXVI, 23; des segments mésodermiques, XXXVI, 412; développement de la corde, XXXVI, 415; pathologie de l'— XXXVI, 416; solution du problème de la tête des vertébrés, XXXVI, 22; forme du corps chez les — normaux et pathologiques, XXXVI, 21; origine des tissus mésenchymateux, XXXV, 4; la moelle — XXXV, 1; anatomie d'un — de 2 millimètres, XXXV, 5; développement du cloaque, du tubercule génital, XXXV, 7; l'extrémité caudale chez les — XXXV, 419; processus de développement partant du nœud des disques germinatifs, XXXV, 420; zone dépourvue de mésoderme dans le disque germinatif, XXXV, 421; développement des poissons osseux, XXXV, 9. — R. B., XXXV, 332, 737; XXXVI, 343, 732.

Emphysème. — sous-cutané suite de vomique, XXXVI, 136. — R. B., XXXV, 332, 737; XXXVI, 343.

Empoisonnement. Diffusibilité des poisons après la mort, XXXV, 251; l'— par l'alcool, XXXV, 255; — par les ptomaïnes, XXXVI, 86; — par le tyrotoxicon, XXXVI, 87; — par l'oxyde de carbone, XXXV, 86, 87, 495; XXXVI, 85, 612; — par la santonine, XXXVI, 84; — par la strychnine, XXXV, 88; — par la créoline, XXXV, 496; de la réaction de la salive sur le calomel comme diagnostic de l'— iodoformique, XXXVI, 208; — par la gazoline, XXXVI, 85; — par l'exalgine, XXXVI, 503; — par l'antifébrine, XXXV, 88; XXXVI, 84, 503; — par le sulfonal, XXXV, 492; — par l'acide chlorhydrique, XXXV, 492; — par l'acétate de plomb, XXXV, 493; — par le bichromate de potasse, XXXVI, 86; — par le chlorate de potasse, XXXVI, 85; lésions du rein dans l'— par le sublimé, XXXVI, 504. — R. B., XXXV, 333, 737; XXXVI, 343, 733.

Empyème. Variétés d'— XXXV, 526; traitement de l'— XXXV, 618; de la pleurotomie postérieure, XXXV, 618; de l'— du sinus maxillaire, XXXV, 705. — *Voy.* pleurésie, plèvre.

Encéphale, ite. De l'— aiguë primitive, XXXVI, 518. — *Voy.* cerveau.

Encéphalocèle. Origine et traitement des — XXXVI, 621, 627; traitement des — congénitales, XXXV, 643.

Enchondrome. — lobulé du rachis, XXXV, 647. — *Voy.* cartilage.

Endocardite. — maligne, XXXVI, 126; nature des — infectieuses, XXXVI, 129; — ulcéreuse, XXXV, 123; — ulcéreuse par le coccus pneumonique, XXXV, 531; — puerpérale, XXXV, 553; chorée avec — XXXV, 168. — *Voy.* cœur.

Enfants. Du pesage des — XXXV, 561; numération des globules et mensuration de l'hémoglobine chez les — XXXV, 561; fièvre glandulaire chez l' — XXXVI, 581; fièvre aphteuse, XXXVI, 185; anémie des nourrissons, XXXVI, 580; tumeur du cerveau, XXXVI, 577, 578; tubercules du cerveau, XXXVI, 578; abcès du — XXXVI, 578; paralysies de l'— XXXVI, 579; polymyélite, XXXVI, 578; paralysie cérébrale — XXXV, 135; XXXVI, 230; rétrécissement mitral chez l' — XXXVI, 186; péricardite chez les — XXXV, 562; mort subite par hypertrophie du thymus, XXXVI, 580; asthme chez l'— XXXVI, 581; étiologie des pneumonies — XXXVI, 186; tuberculose — XXXV, 564; affections bactériennes de l'estomac et de l'intestin chez les nourrissons, XXXVI, 190; hépatite tuberculeuse chez les — XXXV, 568; abcès du foie chez un nourrisson, XXXV, 569; néphrite des — XXXV, 568; pyométrite chez une — XXXVI, 188; gangrène disséminée de la peau chez les — XXXVI, 590; pyohémie ombilicale, XXXV, 569; hémorragie ombilicale, XXXV, 570; affection cœliaque chez les — XXXV, 565; du choléra — XXXV, 566; le sort des — atteints de syphilis congénitale, XXXVI, 209; emploi du strophantus chez les — XXXV, 504; rupture de la vésicule biliaire, XXXVI, 582; kyste séreux, XXXVI, 583; trachéotomie chez les très jeunes — XXXVI, 684; hypertrophie congénitale d'un membre, XXXVI, 191; néphrectomie pour hydronéphrose chez l'— XXXVI, 193; sarcome congénital de l'aine, XXXVI, 191; hernie étranglée de l'ovaire, XXXV, 570; traitement de l'érysipèle chez l'— XXXVI, 186. — R. B., XXXV, 334, 738; XXXVI, 344, 733.

Entérectomie. Obs. d'— XXXVI, 648, 649. — *Voy.* intestin.

Entérite. Lésions du foie dans l' — gangreneuse, XXXVI, 137. — *Voy.* intestin.
Entéroptose. *Voy.* estomac, intestin.
Entérorraphie. *Voy.* intestin.
Entérostomie. *Voy.* intestin.
Ephédrine. Action de l'— XXXV, 487.
Epidémies. Prophylaxie des — XXXV, 103; — indigènes, XXXV, 109.
Epiderme. *Voy.* peau.
Epidermophyton. De l' — XXXVI, 202.
Epilepsie. L' — procursive, XXXV, 230; XXXVI, 225; — avec périodes d'automatisme inconscient, XXXV, 230; de l' — cocaïnique, XXXVI, 225; capacité vitale chez les — XXXV, 232; vision des — XXXV, 230; pression artérielle dans l' — XXXV, 231; variations de la sensibilité dans l' — XXXVI, 600; — causée par l'imperforation de l'hymen, XXXVI, 601; — arithmomanes, XXXVI, 601; — jacksonienne, XXXVI, 601; de l'albuminurie post — XXXVI, 226; élimination des médicaments par les urines dans l' — XXXV, 230; influence des maladies infectieuses dans l' — XXXV, 232; borax dans l' — XXXVI, 601; trépanation pour — traumatique, XXXV, 643; trépanation dans l' — XXXV, 232; XXXVI, 226, 618. — R. B., XXXV, 335, 740; XXXVI, 345, 735.
Epithélioma. Des — de la face, XXXV, 599; — primitif du pharynx, XXXVI, 677; — de la thyroïde et de la trachée, XXXV, 601; envahissement du nerf cubital par un — XXXVI, 243; — kystiques de l'ovaire, XXXVI, 559. — R. B., XXXV, 740; XXXVI, 346, 735.
Epithélium. Transformation de l' — vibratile en — pavimenteux, XXXV, 414; l' — vésical, XXXVI, 429. — R. B., XXXV, 335, 740; XXXVI, 346.
Erysipèle. Identité de l' — et de la lymphangite, XXXV, 64; — et circoncision, XXXV, 310; broncho-pneumonie — XXXVI, 136; méningite par — XXXVI, 116; inoculation d' — chez un cancéreux, XXXVI, 63; traitement de l' — XXXVI, 92, 93; traitement de l' — par les pulvérisations de sublimé, XXXVI, 593; traitement de l' — chez l'enfant, XXXVI, 186. — R. B., XXXV, 335, 740; XXXVI, 346, 736.
Erythèmes. Pathogénie des — XXXV, 573; — pharyngo-laryngé, XXXV, 574; — dans la fièvre typhoïde, XXXVI, 188; — iodoformique, XXXVI, 208; — par le sulfonal, XXXVI, 208; — par intoxication urique, XXXVI, 208; du lupus — XXXVI, 199. — R. B., XXXV, 740; XXXVI, 346, 736.
Erythrophléine. Action de l' — XXXV, 83.
Estomac. — de l'alligator, XXXVI, 10; cellules des glandes — XXXV, 415; mouvements du pylore, XXXV, 432; innervation de l' — XXXV, 19; centres et voies d'innervation de l' — XXXV, 434; influence des acides de l' — sur les fermentations de l' — XXXV, 482; la digestion des matières protéiques en l'absence de l'acide chlorhydrique de l' — XXXV, 482; action du suc gastrique sur la fermentation acétique et lactique, XXXVI, 48; influence des chlorures sur la composition du suc gastrique, XXXV, 436; sécrétion du suc gastrique, XXXV, 436; muqueuse — pathologique, XXXVI, 465; la sécrétion du suc gastrique à jeun, XXXV, 535; la digestion — XXXV, 535; dosage de l'acide de l' — XXXV, 445; sécrétion d'HCL par l' — XXXVI, 542; ferments de l' — XXXVI, 542; bruit — rythmique, XXXVI, 542; diagnostic des maladies de l' — XXXVI, 542; l'analyse du suc —, ses applications XXXVI, 548; catarrhe — et dyspepsie, XXXVI, 549; dyspepsies nerveuses, XXXVI, 542; valeur du salol pour le diagnostic des affections de l' — XXXVI, 137; valeur du salol pour le diagnostic de l'insuffisance motrice — XXXV, 535; méthode d'exploration — XXXV, 535; emploi du lait dans le diagnostic dans les maladies de l' — XXXV, 535; l'action de l'acide chlorhydrique et du naphtol dans les affections — avec absence d'acide chlorhydrique, XXXV, 483; névroses périodiques — XXXVI, 542; des ulcères de l' — XXXV, 162; XXXVI, 542; développement du cancer — XXXV, 453; état de la muqueuse dans le cancer — XXXV, 453; répartition et étiologie du cancer de l' — XXXV, 535; diagnostic du cancer — XXXV, 535; sécrétion exagérée d'HCl dans le cancer — XXXV, 535; l'absence d'acide chlorhydrique dans le cancer — XXXV, 482; cancer métastatique — XXXVI, 543; de l'entéroptose, XXXVI, 542; l'acide chlorhydrique de l' — dans les affections du cœur, XXXVI, 126; présence d'HCl dans l' — des phtisiques, XXXV, 162; affections bactériennes de l' — chez les nourrissons, XXXVI, 190; pathogénie des troubles nerveux d'origine — XXXVI, 542; dilatation de l' — chez les syphilitiqués, XXXVI, 215; la digestion — au cours des maladies des voies respiratoires, XXXV, 535, 539; utilisation des aliments chez les malades — XXXV, 535; dilatation de l' — dans ses rapports avec les affections chirurgicales, XXXV, 658; fistule — XXXVI, 638; fistule — intestinale, XXXV, 605; plaies pénétrantes de l' — XXXVI, 642; gastrostomie pour une fourchette dans l' — XXXV, 292; résections de l' — XXXV, 605; indications opératoires dans les sténoses pyloriques, XXXV, 604; divulsion du pylore, XXXV, 605; traitement du rétrécissement pylorique, XXXV, 292; résection du pylore, XXXV, 292; obs. de pylorectomie, XXXVI, 640; obs. de gastrostomie, XXXVI, 637, 638; procédé de gastrostomie, XXXVI, 637; moyen de vérifier si les sutures — sont hermétiques, XXXVI, 638; obs. de gastroentérostomie, XXXVI, 253, 640. — R. B., XXXV, 335, 740; XXXVI, 346, 736.
Ether. L'anésthésie par l' — XXXV, 255 XXXVI, 233.
Ethyle. L'anesthésie par le bromure d' — XXXVI, 233, 239.
Eucalyptus. — contre la migraine, XXXV, 100.

Exalgine. Effets de l' — XXXVI, 497; empoisonnement par l' — XXXVI, 503.
Exanthème. — par la rhubarbe, XXXV, 216. — R. B., XXXV, 741; XXXVI, 347, 737. — *Voy.* érythème.
Exostose. — fracturée, XXXV, 265.
Expectoration. Disparition et retour des bacilles tuberculeux dans l' — XXXVI, 486. — R. B., XXXV, 336; XXXVI, 737.
Exstrophie. — vésicale, XXXVI, 673.

F

Face. Malformations rares de la — XXXV, 457; hémiatrophie — XXXVI, 524; sclérodermie avec hémiatrophie — XXXV, 211; des épithéliomas de la — XXXV, 599; résection totale des os de la — XXXV, 655. — R. B., XXXV, 742; XXXVI, 347, 737.
Falsification. R. B., XXXVI, 738.
Farcin. R. B., XXXV, 742.
Favus. Onychomycose — XXXVI, 581; XXXVI, 204. — *Voy.* teigne.
Fèces. Désinfection des — XXXV, 115, 116, 117. — R. B., XXXV, 742.
Fécondation. R. B., XXXVI, 347.
Fécule. — soluble comme aliment, XXXV, 499.
Fémur. *Voy.* os.
Fer. — dans la bile, XXXVI, 47; distribution du — dans l'organisme, XXXVI, 48; répartition du — chez les nourrissons et les nouveau-nés, XXXV, 46; élimination du — dans la chlorose, XXXVI, 131.
Ferment. Des — digestifs, XXXVI, 41; — de la fibrine, XXXVI, 456; action des — non figurés, XXXVI, 456; action du suc gastrique sur la — acétique et lactique, XXXVI, 48; mode d'action des — coagulateurs, XXXVI, 38; — de l'estomac, XXXVI, 542; — glycosique du foie, XXXVI, 40. — R. B., XXXV, 336, 742; XXXVI, 347, 738.
Ferrocyanure. Action du — de potassium, XXXVI, 500.
Fibrine. Ferment de la — XXXVI, 456.
Fibrome. Neuro — multiples, XXXV, 213; coexistence de — et de sarcome, XXXVI, 198; — de la langue, XXXV, 277; du — de l'orbite, XXXV, 666; des cysto — utérins, XXXV, 182; étranglement de l'utérus par un — XXXV, 182; traitement des — utérins, XXXV, 182; traitement des — utérins par laparotomie, XXXVI, 567; extraction par les voies naturelles des — utérins, XXXVI, 568; traitement électrique des — utérins, XXXVI, 167, 567. — *Voy.* utérus.
Fièvre. Pathogénie de la —, XXXV, 462; — glandulaire, XXXVI, 581; la — de Malte, XXXV, 533; — climatique et — typhoïde, XXXVI, 558; — ictéro-hématurique d'origine quinique, XXXV, 543 — R. B., XXXV, 336, 742; XXXVI, 347, 738.
Fièvre jaune. Bactériologie de la — XXXVI, 74; cocaïne dans la — XXXVI, 94. — R. B., XXXV, 336, 742; XXXVI, 348.
Fistule. — médullaire traumatique, XXXVI, 622; occlusion des — trachéales, XXXVI, 684; — du cou congénitale, XXXV, 261; — gastrique, XXXVI, 638; — biliaire, XXXV, 608; — gastro-intestinale, XXXV, 605; — urétrales consécutives au chancre simple et à la syphilis, XXXVI, 219; opération des — urétro-vaginales, XXXV, 181. — R. B., XXXV, 337, 742; XXXVI, 348, 738.
Fluorescine. Coloration de la cornée par la — XXXV, 668.
Fluorhydrique (Acide). L' — dans la tuberculose pulmonaire, XXXV, 90, 94.
Fluorure. Action du — de bore, XXXV, 80.
Fœtus. Mouvements respiratoires chez les — abortifs et chez les — asphyxiés, XXXVI, 169; fractures intra-utérines du — XXXV, 559; lésions du — pendant l'accouchement, XXXVI, 174; rétention — XXXVI, 174; variole contractée par le — dans le sein de la mère, XXXV, 173; transmission de la tuberculose de la mère au — XXXV, 68.
Foie. Structure du — XXXVI, 426; des espaces portes du — XXXV, 17; coloration des capillaires biliaires et des fibres intralobulaires du — XXXVI, 25; ferment glycosique du — XXXVI, 40; nutrition intime du — XXXVI, 40; relations entre la bile et le sucre du — XXXV, 437; de la régénération du — XXXV, 54; exsudat spécial provenant du — XXXVI, 141; de la cirrhose du — XXXVI, 141; échanges azotés dans la cirrhose du — XXXVI, 141; cirrhose parasitaire, XXXVI, 472; rareté de la cirrhose du — chez les aliénés, XXXVI, 141; héméralopie dans l'hépatite chronique, XXXV, 683; hépatite tuberculeuse chez les enfants, XXXV, 568; abcès du — chez un nourrisson, XXXV, 569; atrophie jaune aiguë du — XXXVI, 137; maladie de Weil, XXXVI, 137; abcès du — dysentérique, XXXVI, 137; lésions du — dans l'entérite gangreneuse, XXXVI, 137; état du — dans la septicémie utérine, XXXVI, 137; état du — dans la fièvre typhoïde, XXXVI, 144; lésions du — dans l'éclampsie, XXXV, 195; lésions du — dans la syphilis héréditaire, XXXVI, 209; xanthélasma et affection du — XXXV, 214; tuberculose — XXXVI, 144; kystes hydatiques du — XXXV, 610; la chirurgie du — XXXV, 294; XXXVI, 251; incision directe des abcès — XXXVI, 249; hépatotomie avec suture pour abcès du — XXXVI, 637; sur l'ablation du — XXXV, 464; ablation d'un — mobile, XXXV, 297. — R. B., XXXV, 337, 742; XXXVI, 348, 738.
Folie. *Voy.* aliénation.
Folliculite. — bactérienne, XXXV, 580; — des fileurs et rattacheurs, XXXV, 208.
Forceps. Applications de — à la mater-

nité de Dresde, XXXVI, 175; — dans les occipito transverses, XXXVI, 570. — *Voy.* accouchement.
Foudre. R. B., XXXV, 337; XXXVI, 349.
Fracture. — du crâne, XXXV, 643; névrite des nerfs crâniens suite de — XXXV, 140; trépanation dans les — du crâne, XXXV, 257, 643; XXXVI, 240, 615; — de la 7e cervicale, XXXVI, 622; — du rachis, XXXVI, 622, 625; rétrécissement mitral suite de — du sternum, XXXV, 123; troubles nerveux consécutifs aux — de la clavicule, XXXVI, 266; des—intra-utérines, XXXV, 265, 559; — de l'extrémité supérieure du bras, XXXV, 265; — de l'épitrochlée, XXXV, 265; — de l'épicondyle, XXXVI, 266; de l'humérus, XXXVI, 266; perforation du cul-de-sac sous-tricipital dans les — de la rotule, XXXVI, 663; — de la rotule, XXXV, 265; — épiphysaire du fémur, XXXV, 265; traitement des fractures du col du fémur, XXXV, 265; — du condyle du fémur, XXXVI, 266; 1,000 cas de — compliquées, XXXVI, 268; électrolyse contre les cals exubérants, XXXVI, 266; consolidation des — chez les paludiques, XXXVI, 266; — d'une exostose, XXXV, 265; traitement des — non consolidées par la greffe osseuse, XXXVI, 271; — du larynx, XXXV, 712. — R. B., XXXV, 337, 743; XXXVI, 349, 738.
Froid. Conservation des viandes par le — XXXV, 119. — R. B., XXXV, 338.
Furoncle. — et polyurie, XXXV, 208; traitement du — XXXVI, 706. — R. B., XXXVI, 349.

G

Gale. R. B., XXXVI, 349, 739.
Gangrène. De l'angine — XXXVI, 289; urticaire — XXXVI, 200; — symétrique, XXXVI, 118; sclérodermie — XXXVI, 198; — disséminée de la peau chez les enfants, XXXVI, 590; traitement de certaines formes de — de l'intestin, XXXVI, 648; cystite — XXXV, 303; varicelle — XXXV, 569. — R. B., XXXV, 338, 743; XXXVI, 369, 739.
Gasoline. Empoisonnement par la — XXXVI, 85.
Gastrique (Suc). *Voy.* estomac.
Gastrite. *Voy.* estomac.
Gastro-entérostomie. Obs. de — XXXVI, 253, 640.
Gastrostomie. De la — XXXV, 604; procédé de — XXXVI, 637; obs. de — XXXVI, 637, 638; moyen de vérifier si les sutures dans la — sont hermétiques, XXXVI, 637; — pour une fourchette dans l'estomac, XXXV, 292; — avec formation d'un sphincter, XXXVI, 247; — dans le cancer de l'œsophage, XXXVI, 247; — pour rétrécissement œsophagien, XXXVI, 252. — *Voy.* estomac.
Gaz. Influence du refroidissement sur les échanges — XXXVI, 39; influence de l'extirpation du corps thyroïde sur les échanges — XXXVI, 58; pression des — dans le pneumothorax, XXXVI, 538; composition des — du pneumothorax, XXXV, 447; capacité d'absorption pour les — des hémoglobines, XXXV, 447; désinfection par les — XXXV, 115, 119. — R. B., XXXVI, 740.
Génitaux (Organes). Lymphatiques des — de l'homme, XXXVI, 13; lymphatiques des — XXXVI, 427; évolution de la région ano— XXXVI, 428; développement du tubercule — XXXV, 7; malformation des — XXXVI, 477; étude des prolapsus — XXXV, 178; XXXVI, 160. — R. B., XXXV, 339, 743; XXXVI, 349, 740.
Genou. Traitement du — varum et valgum par l'ostéotomie, XXXV, 275; de la résection du — XXXV, 275; résultats de la résection du — XXXVI, 662. — R. B., XXXVI, 740. — *Voy.* articulation, résection.
Géographie méd. Répartition de la tuberculose en Suisse, XXXV, 113. — R. B., XXXV, 339; XXXVI, 350, 740.
Glace. Bactéries de la — XXXV, 114; traitement de la pneumonie par la vessie de — XXXVI, 507.
Glandes. — du tube digestif, XXXVI, 425; physiologie des nerfs — XXXVI, 450. — R. B., XXXV, 339; XXXVI, 740.
Glaucome. Pathogénie du — XXXVI, 284. — R. B., XXXV, 339, 744; XXXVI, 350.
Glycogène, ie. Phases de dépôt et de destruction du — XXXVI, 39, 40; consommation de — dans les muscles, XXXVI, 36; influence des antipyrétiques sur la teneur des muscles en — XXXV, 450; le — et la glycémie, XXXV, 34; — dans l'ictère, XXXV, 437.
Glycose, urie. *Voy.* diabète, sucre.
Goitre. — annulaire constrictif, XXXV, 601; traitement du — par l'électrolyse, XXXVI, 244; traitement du — par les injections d'iodoforme, XXXVI, 244; résection du — XXXVI, 634. — *Voy.* thyroïde.
Goitre exopht. Origine bulbaire du — XXXVI, 121; troubles psychiques et folie dans le — XXXVI, 602.
Gonocoques. *Voy.* bactérie, blennorragie.
Goût. Sur le sens du — XXXVI, 28. — R. B., XXXV, 339, 744; XXXVI, 350, 740.
Goutte. Nature et traitement de la — XXXV, 172. — R. B. XXXV, 339, 744; XXXVI, 350, 740.
Graisse. La résorption de la — XXXV, 436; XXXVI, 444; absorption intestinale des différentes — XXXVI, 41, 42; action des acides — dans l'organisme, XXXVI, 42; dépôt de — dans les cellules, XXXVI, 24; nécrose du tissu — XXXVI, 553.

Greffe. — thyroïdienne, XXXV, 654; — cutanées, XXXV, 593; — osseuse, XXXVI, 270, 271. — R. B., XXXV, 339, 744; XXXVI, 350, 740.
Grippe. Revue générale sur la — XXXVI, 303; pseudo-méningite — XXXVI, 187; psychoses suite de — XXXVI, 599. — R. B, XXXV, 339, 744; XXXVI, 350, 740.
Grossesse. Attitude des femmes — XXXV, 190; de la — méconnue, XXXV, 550; dilatation sacciforme de l'utérus — XXXVI, 170; — après la trachélorraphie et l'amputation du col utérin, XXXVI, 576; hydramnios dans une — gémellaire, XXXVI, 172; rapports de la — et de queiques affections du système nerveux, XXXV, 189; des vomissements incoercibles de la — XXXV, 555; présence du sucre dans l'urine pendant la — XXXV, 440; albuminurie de la — XXXV, 194; mal de Bright de la — XXXVI, 553; peptonurie de la — XXXV, 555; rupture de l'utérus — XXXVI, 173; ablation d'un utérus — pour cancer, XXXV, 185; action du seigle ergoté dans la — XXXV, 558. — R. B., XXXV, 339, 750; XXXVI, 353, 743.
Grossesse extra-utérine. Anatomie du placenta dans la — XXXV, 202; diagnostic de la — XXXV, 202; obs. de — XXXV, 202; XXXVI, 177, 178, 181; indications de l'intervention dans les — XXXVI, 573; traitement de la — XXXVI, 178, 181; électricité dans la — XXXV, 202; XXXVI, 178; laparotomie dans la — XXXV, 202.
Guaïacol. Injection de — dans la tuberculose, XXXVI, 90.
Guanine. De la — XXXV, 43.
Gymnastique. R. B., XXXVI, 354.
Gynécologie. Manie et mélancolie à la suite d'opérations—XXXV, 239; ichthyol en — XXXVI, 564. — R. B., XXXV, 340; XXXVI, 743.

H

Hallucinations. Des — à l'état de santé, XXXV, 233: des — motrices, XXXVI, 224. — *Voy.* psychose.
Hanche. Causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de la — XXXVI, 273. — *Voy.* articulation.
Helminthe. R. B., XXXV, 340, 751; XXXVI, 355, 744.
Hématine. Elimination de l'— dans la chlorose, XXXVI, 131. — *Voy.* sang.
Hématoblastes. *Voy.* sang.
Hématome. R. B., XXXV, 340, 751; XXXVI, 744.
Hématose. *Voy.* sang.
Hématurie. *Voy.* hémorragie, vessie.
Héméralopie. — dans l'ictère, XXXV, 683.
Hémianopsie. *Voy.* cerveau, œil.
Hémiplégie. De l'— cérébrale, XXXV, 508; — par embolie du tronc brachio-céphalique, XXXV, 508; sans lésion en foyer, XXXVI, 513; névrite périphérique dans l'atrophie musculaire des — XXXV, 513; arthrite post — XXXV, 130. — *Voy.* cerveau.
Hémochromatose. *Voy.* pigment, sang.
Hémoglobine. Préparation de l'oxy — XXXVI, 46; loi de dissociation de l'oxy— XXXVI, 33; conservation de l'oxy— XXXVI, 453; variations de l'— dans la syphilis récente, XXXV, 584; capacité d'absorption pour les gaz des diverses — XXXV, 447; apparition de l'oxy — dans la bile, XXXV, 447; mensuration de l'— chez les enfants, XXXV, 661; contenu du sang en — après l'administration des antipyrétiques, XXXV, 481.
Hémoglobinurie. L' — paroxystique, XXXV, 166, 563; — d'origine paludique, XXXV, 167. — R. B., XXXV, 340, 751; XXXVI, 355, 744.
Hémophilie. Obs. d'— XXXVI, 134.
Hémoptysie. — non tuberculeuse des vieillards, XXXVI, 538; — signe de néphrite interstitielle, XXXVI, 553. — *Voy.* hémorragie.
Hémorragie. — laryngée, XXXV, 709; — intra-oculaire, XXXV, 687; — du corps vitré, XXXV, 687; — sous-dure-mérienne, XXXV, 49; traitement des — intra-crâniennes, XXXVI, 242; trépanation pour — cérébrale, XXXV, 643; — intestinale des nouveau-nés, XXXVI, 189, 583; — ombilicale, XXXV, 570; — de l'ovaire, XXXVI, 559; causes de mén— XXXVI, 161; traitement de l'— utérine, XXXVI, 563, 564; torsion des artères dans l'— XXXVI, 239; l'acide salicylique cause d'— XXXV, 489; injections de caféine dans les métr — XXXV, 559; la variole — XXXV, 173. — R. B., XXXV, 241, 751; XXXVI, 355, 744.
Hémorroïde. R. B., XXXV, 341, 752; XXXVI, 744.
Hémostase. Action de l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine et de la phénacétine comme — XXXV, 487.
Hépatite. Curabilité de l'— interstitielle, XXXVI, 141. — *Voy.* foie.
Hérédité. Rôle de l'— dans l'alcoolisme, XXXV, 243; la tuberculose articulaire est-elle — XXXV, 628; chorée — XXXV, 524. — R. B., XXXV, 341; XXXVI, 355, 744.
Hernie. — de la plèvre, XXXV, 565; — étranglée de l'ovaire, XXXV, 570; bactéries de la sérosité de la — étranglée, XXXVI, 492; lésions de l'intestin dans les — étranglées, XXXV, 280; — étranglée chez les ascitiques, XXXVI, 260; rapports de l'inflammation pulmonaire avec l'étranglement — XXXV, 280; — internes rétro-péritonéales, XXXVI, 647; curabilité des — XXXVI, 704. — — R. B., XXXV, 341, 752; XXXVI, 355, 744.
Herpès. — de la cornée, XXXV, 666, 667; XXXVI, 281. — R. B., XXXV, 342, 752; XXXVI, 356.

Histologie. — Principes d'— XXXVI, 408; étude des éléments et tissus à leur température physiologique, XXXVI, 411; réaction des granulations cellulaires après l'injection du bleu de méthylène, XXXVI, 25; imprégnation des tissus par le bleu de méthylène, XXXVI, 25; coloration des coupes du cerveau et des centres nerveux, XXXVI, 26, 27; coloration des capillaires biliaires et des fibres intralobulaires du foie, XXXVI, 25. — R. B., XXXV, 342, 752; XXXVI, 356, 745.
Hôpital. R. B., XXXV, 342, 752; XXXVI, 355, 745.
Huile. Effets de l'— dans la lithiase biliaire, XXXVI, 511.
Humérus. *Voy.* os.
Hydarthrose. — intermittente, XXXV, 634; traitement des — XXXVI, 656. — *Voy.* articulation.
Hydatide. — du poumon, XXXV, 154; kyste — de la plèvre, XXXV, 544; kyste — du creux de l'aisselle, XXXV, 640; anévrisme de l'axillaire dû à un kyste — XXXV, 651; obs. de kystes — du foie, XXXV, 610; — développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal entre la vessie et le rectum, XXXVI, 672. — R. B., XXXV, 342, 752; XXXVI, 356, 745.
Hydracétine. Emploi de l' — dans le psoriasis, XXXV, 100.
Hydrastine. L'— et l'— ine, XXXVI, 495; — dans les hémorragies utérines, XXXVI, 564.
Hydroa. R. B., XXXV, 753; XXXVI, 746.
Hydrocéphalie. — intra-utérine, XXXV, 199; obs. d'— XXXV, 135.
Hydrogène. Injections d'— pour le diagnostic des ruptures de l'intestin, XXXVI, 261; action de l'— arsenié, XXXVI, 502.
Hydropisie. R. B., XXXVI, 746.
Hydrothérapie. R. B., XXXVI, 357.
Hydroxylamine. Action de l'— XXXV, 77.
Hygiène. Réforme de la législation sanitaire, XXXV, 103; — municipale, XXXV, 104, 107; — professionnelle, XXXV, 108; — navale, XXXV, 108; — infantile, XXXV, 102; — scolaire, XXXV, 102; prophylaxie des épidémies, XXXV, 103; prophylaxie des maladies exotiques, XXXV, 103; les micro-organismes des légumes frais, XXXVI, 107; le bacille typhique dans le cidre, XXXV, 476; — alimentaire, XXXV, 104, 106; la filtration de l'eau par le sable, XXXVI, 101, 102; protection des cours d'eau, XXXV, 104; empoisonnement par les poêles mobiles, XXXV, 86; l'aération permanente par la fenêtre ouverte, XXXVI, 102, 103; l'enlèvement des vidanges à Leipsig, XXXVI, 107; conditions de salubrité et de sécurité des ouvriers des grands chantiers publics, XXXVI, 109. R. B., XXXV, 343, 753; XXXVI, 357, 746.
Hygroma. R. B., XXXV, 344; XXXVI, 357, 747.
Hyoscine. Action du chlorydrate d'— XXXV, 504; emploi de l'— XXXVI, 98;
Hypertrichose. *Voy.* angiome, poil.
Hypertrophie. R. B., XXXVI, 357.
Hyphomycètes. — du nez, XXXV, 694.
Hypnal. De l'— XXXVI, 97.
Hypnotisme. Nutrition dans l'— XXXVI, 124; l'abaissement de la température dans l'état — XXXV, 60; dangers de l'— XXXVI, 121. — R. B., XXXV, 344, 754; XXXVI, 357, 747.
Hypospadias. Examen d'un chien — XXXV, 59. — *Voy.* urètre.
Hystérie. Statistique des — XXXV, 169; — provoquée par une maladie aiguë, XXXVI, 527; — tabagique, XXXVI, 527; — traumatique, XXXVI, 121; — toxique, XXXVI, 121; autographisme, dermographie, XXXVI, 124; obs. de stigmatisée, XXXVI, 121; automatisme ambulatoire chez un — XXXVI, 527; des tremblements — XXXV, 169; manifestations — avec lésions cérébrales, XXXV, 169; éructation et gargouillement gastrique respiratoire — XXXV, 169; mutisme — XXXVI, 121; migraine ophtalmique — XXXV, 683; rétrécissements — de la trachée, XXXVI, 297; maladie organique simulant l'— XXXVI, 527; pseudo-péritonite — XXXVI, 528; des contractures — spontanées, XXXV, 523; nutrition dans l'— XXXVI, 527; troubles trophiques dans l'— XXXVI, 121, 125, 527.— R.B., XXXV, 344, 754; XXXVI, 358, 747.
Hystérectomie. *Voy.* utérus.
Hystérionica. Action de l'— Baylahuca, XXXV, 500.
Hystéropexie. *Voy.* utérus.

I

Ichthyol. — en gynécologie, XXXVI, 564.
Ichthyose. R. B., XXXV, 755; XXXVI, 748.
Ictère. Échanges materiels dans un cas d'— XXXVI, 456; la glycogénèse dans l'— XXXV, 437; l'— infectieux fébrile, XXXVI, 137. — *Voy.* foie.
Idiotie. Lésion du cerveau dans l'—XXXVI, 230.— R. B., XXXVI, 359, 748.
Ileus. *Voy.* occlusion intestinale.
Impetigo. Nature de l'— XXXVI, 586. — R. B., XXXV, 345, 755; XXXVI, 748.
Inanition. R.B., XXXV, 755; XXXVI, 748.
Incontinence d'urine. Antipyrine dans l'— XXXVI, 97.
Infection. Influence du système nerveux sur l'— XXXV, 64; rôle de la rate dans les maladies — XXXV, 473; — d'une plaie par le bactérium coli, XXXV, 618; les ptomaïnes et les maladies — XXXV, 40; de l'— psychique, XXXV, 239; influence des maladies — sur l'épilepsie, XXXV, 232. — R. B., XXXV, 345, 755; XXXVI, 359, 749.
Inflammation. — anémique et hyperémique, XXXVI, 477. — R. B., XXXV, 345, 755; XXXVI, 359, 748.
Influenza. *Voy.* grippe.
Inhalation. — d'air chaud dans la phtisie, XXXV, 89, 94, 497, 498; XXXVI, 90; valeur des — d'oxygène, XXXV, 84. — R. B. XXXV, 755.

Injection. — d'eau salée dans les vaisseaux, XXXV, 468; — salines dans l'anémie aiguë, XXXVI, 99; action des — intra-veineuses d'urine sur la température, XXXV, 474; — trachéales, XXXVI, 684; — intra-oculaire dans l'iridocyclite et le décollement rétinien, XXXV, 677, 678, 679; — de créosote et de guaïacol dans la tuberculose, XXXVI, 90; — iodoformées dans la tuberculose osseuse et articulaire, XXXV, 628; — de quinine dans le paludisme, XXXVI, 94; — d'iodoforme dans le goitre, XXXVI, 244; — d'hydrogène pour le diagnostic des lésions de l'intestin, XXXVI, 261; — chaudes avant et après l'accouchement, XXXV, 560; — mercurielles dans la syphilis, XXXV, 223, 588, 589; XXXVI, 218, 597; effets des — du calomel, XXXV, 80; accidents des — de mercure, XXXV, 88; empoisonnement mercuriel à la suite d'— XXXV, 223. — R. B., XXXV, 345, 755; XXXVI, 359, 749.
Insolation. R. B., XXXV, 755; XXXVI, 359.
Insomnie. *Voy.* sommeil.
Intestin. Innervation centrale et périphérique de l'— XXXV, 438; physiologie de l'— XXXVI, 39; du suc — XXXVI, 443; l'activité du suc — ne dépend pas des micro-organismes, XXXV, 432; de la résorption — XXXVI, 443; décomposition des acides, éthers dans l'— XXXVI, 460; absorption — des différentes graisses, XXXVI, 41, 42; signification physiologique du cæcum, XXXV, 36; influence des médicaments sur la putréfaction — XXXV, 74; affection cœliaque chez les enfants, XXXV, 565; affections bactériennes de l'— chez les nourrissons, XXXVI, 190; hémorragie — des nouveau-nés, XXXVI, 189; des ulcères de l'— XXXV, 162; perforation — dans la fièvre typhoïde, XXXVI, 150; du charbon — XXXVI, 151; rétrécissements tuberculeux de l'— XXXVI, 472; imperforation de l'iléon, XXXV, 460; fistule gastro — XXXV, 605; lésions de l'— dans les hernies étranglées, XXXV, 280; traitement de certaines formes de gangrène — XXXVI, 648; sarcome kystique de l'— XXXV, 612; abcès périty-phlique ouvert dans la plèvre, XXXV, 55; diagnostic de la pyosalpingite et de la périty-phlite, XXXV, 546; perforation de l'appendice vermiculaire, XXXV, 565; laparotomie pour la perforation de l'appendice vermiculaire, XXXV, 282; traitement chirurgical de la typhlite et périty-phlite, XXXVI, 643, 644; extirpation de l'appendice vermiforme, XXXVI, 644; rupture de l'— grêle, XXXVI, 646; plaies pénétrantes de l'— XXXVI, 642; injections d'hydrogène pour le diagnostic des ruptures de l'— XXXVI, 261; traitement des plaies par armes à feu de l'— XXXV, 613; anastomose — XXXV, 281; suture — XXXV, 281; valeur de la méthode de Senn pour les opérations — XXXVI, 640; procédé d'entérorraphie circulaire, XXXVI, 261; résection de l'— XXXVI, 259; obs. d'entérectomie, XXXVI, 648; colectomie, XXXVI, 648; obs. de gastroentérostomie, XXXVI, 253; cholécystentérostomie, XXXV, 608. — R. B., XXXV, 345, 755; XXXVI, 359, 749.
Invagination. *Voy.* occlusion intestinale.
Iode. Action du calomel chez les sujets soumis aux préparations — XXXV, 487.
Iodoforme. Erythème — XXXVI, 208; réaction de la salive sur le calomel comme diagnostic de l'intoxication — XXXVI, 208; traitement de la tuberculose osseuse et articulaire par les injections — XXXV, 628; traitement du goitre par les injections d'— XXXVI, 244.
Iodol. — dans la syphilis, XXXVI, 596.
Iodure. Elimination de l'— par l'urine, XXXVI, 460; action de l'— de potassium sur le cœur, XXXV, 81; tolérance des — dans la syphilis, XXXVI, 598; traitement de la syphilis par l'— à hautes doses, XXXV, 588; — à hautes doses dans le psoriasis, XXXVI, 203.
Iridotomie. — précornéenne, XXXVI, 282.
Iris. Centre cérébral de l'immobilité réflexe de la pupille, XXXV, 508; physiologie de l'— XXXVI, 449; valeur des symptômes pupillaires, XXXV, 126; réaction paradoxale des pupilles, XXXVI, 282; traitement de l'— docyclite, XXXV, 678; sarcome de l'— XXXV, 671. — R. B., XXXV, 346, 756; XXXVI, 360, 750.

J

Jambul. Du — XXXVI, 494.
Joue. Tumeur rare de la — XXXV, 655.

K

Katatonie. De la — XXXVI, 602.
Kératinisation. — des muqueuses, XXXVI 470.
Kératite. — à sillons, XXXVI, 280; — interstitielle diffuse, XXXVI, 281; — paludique, XXXV, 667; — sous-épithéliale, XXXV, 668; — fibrillaire, XXXV, 669. — *Voy.* cornée.
Kératose. Forme de — XXXV, 579; de la — pilaire, XXXVI, 206.
Kola. Action de la — XXXVI, 83.
Kyste. Des — séreux, XXXV, 53; — séreux chez un enfant, XXXVI, 583; — lymphatiques traumatiques, XXXV, 312; — dermoïdes intra-crâniens, XXXV, 598; — aériens du larynx, XXXVI, 693; — de la cornée, XXXVI, 281; — dermoïdes du nez, XXXVI, 680; — du maxillaire, XXXVI, 264; — sanguin du cou, XXXV, 261; — du corps thyroïde, XXXV, 262; apparition tardive

de — dermoïdes, XXXV, 641; — épidermiques de la main, XXXV, 641; — dermoïde de la paroi thoracique communiquant avec une bronche, XXXV, 157; — chyleux du mésentère, XXXV, 612; obs. de — pancréatique, XXXV, 611; petits — de l'ovaire, XXXVI, 165; — colossal de l'ovaire, XXXVI, 165; la torsion du pédicule des — ovariques, XXXVI, 166; énorme — ovarique, XXXVI, 561; — du mésentère, XXXVI, 561; — du vagin, XXXVI, 563; — de la vessie, XXXV, 306. — R. B., XXXV, 346, 757; XXXVI, 360, 750.

L

Lacrymal (App.). Oreillons des glandes — XXXVI, 280; traitement du mucocèle chez le nouveau-né, XXXV, 665; extirpation des glandes — dans l'ophtalmie granuleuse, XXXV, 666. — R. B., XXXV, 757; XXXVI, 750.

Lactique (Acide). Formation d'— dans les muscles, XXXVI, 36; acide para — dans l'urine des soldats après les marches, XXXV, 441.

Lait. Digestibilité du — bouilli, XXXVI, 46; le — bouilli dans l'allaitement, XXXVI, 105; — des vaches tuberculeuses, XXXV, 113; propriétés infectantes du — de vaches tuberculeuses, XXXV, 471; emploi du — dans le diagnostic des maladies de l'estomac, XXXV, 535. — R. B., XXXV, 346, 757; XXXVI, 360, 750.

Langue. Eléments de la membrane rétro- — XXXVI, 410; thyroïde accessoire de la — XXXV, 601; les mouvements de la — XXXV, 38; cas de macroglossie, XXXV, 571; crampe de la — XXXVI, 525; hémiatrophie — XXXVI, 525; hémiatrophie — syphilitique, XXXVI, 214; lupus de la — XXXVI, 590; — noire, XXXV, 581, 657; XXXVI, 590; fibrome de la — XXXV, 276; lipome de la — XXXV, 276; résultats des opérations de cancer — XXXV, 277; des tumeurs malignes de la — XXXV, 600; cancer atrophique de la — XXXV, 657. — R. B., XXXV, 347, 757; XXXVI, 360, 750.

Laparotomie. Statistique de — XXXVI, 166, 167; statistique de — pour traumatismes abdominaux, XXXVI, 259; accidents et complications de la — XXXV, 283; blessures de la vessie dans la — XXXV, 302, 303; XXXVI, 673; — dans les plaies abdominales, XXXV, 613, 614; — dans les plaies de l'intestin, XXXV, 613, 614; — pour corps étranger de l'abdomen, XXXV, 614; — dans la péritonite, XXXVI, 646; — dans la péritonite chronique et la péritonite tuberculeuse, XXXV, 282; — pour péritonite tuberculeuse, XXXVI, 255, 256, 562; — dans l'appendiculite, XXXVI, 257, 258; — pour la perforation de l'appendice vermiculaire, XXXV, 282; — dans la typhlite et périty phlite, XXXV, 282; — pour une adénite pelvienne suppurée, XXXVI, 158; — pour salpingite, XXXV, 546; — dans la grossesse extra-utérine, XXXV, 202. — R. B., XXXV, 347, 757; XXXVI, 360, 751.

Larynx. Histologie du — XXXVI, 422; anatomie topographique du — XXXVI, 422; rapports du nerf récurrent, XXXVI, 423; épithélium et glandes du — XXXV, 413; histologie des cordes vocales, XXXV, 413; le nerf — supérieur, XXXV, 403; physiologie du — XXXVI, 446; le centre moteur du — XXXV, 706; XXXVI, 294, 447, 693; timbre des voyelles chantées, XXXVI, 448; action de la congélation du récurrent sur le — XXXV, 24; effets de la section du nerf — supérieur, XXXV, 25; leçons sur les maladies du — XXXVI, 293; pathologie des glandes des cordes vocales, XXXVI, 685; œdème du — XXXVI, 297; œdème aigu du — XXXVI, 686; pachydermie — XXXVI, 686, 687; abcès du — XXXVI, 689; hémorragie — XXXV, 709; érythème, — XXXV, 574; lésions — dans la fièvre typhoïde, XXXV, 710; hémiatrophie — XXXV, 712; papillome et tuberculose du — XXXV, 712; tuberculose — XXXV, 709; développement des ulcérations tuberculeuses — XXXV, 710; la trachéotomie chez les phtisiques, XXXV, 710; tuberculose — avec sténose, XXXVI, 296; dysphagie dans la phtisie — XXXVI, 296; tuberculose du — XXXVI, 690; tuberculose — à forme végétante, XXXVI, 689; traitement de la tuberculose — XXXVI, 690; menthol dans la tuberculose — XXXVI, 297; vertige et ictus — XXXV, 707; position de la corde vocale dans la paralysie du nerf récurrent, XXXVI, 694; paralysies du — XXXV, 708; XXXVI, 295; névrites du récurrent, XXXV, 708; aphonie spastique, XXXVI, 295; dysphonie nerveuse chronique, XXXVI, 692; phénomènes — tabétiques, XXXV, 147; lupus du — XXXVI, 296; accidents — de la syphilis héréditaire tardive, XXXVI, 691; paralysies — syphilitiques, XXXVI, 692; rétrécissement syphilitique — XXXV, 711; laryngotomie pour un kyste aérien — XXXVI, 693; myxome de l'épiglotte, XXXVI, 693; fracture du — XXXV, 712; de la laryngofissure, XXXV, 713; tubage du — XXXV, 713; dégénérescence des tumeurs bénignes — en tumeurs malignes, XXXVI, 299; cancer du — XXXVI, 298; laryngectomie pour cancer — XXXVI, 300; électrolyse dans le cancer du — XXXVI, 694; extirpation du — XXXVI, 695, 696; voix après l'extirpation du — XXXVI, 695. — R. B., XXXV, 347, 758; XXXVI, 361, 751.

Laryngectomie. — pour cancer, XXXVI, 300. — *Voy.* larynx.

Laryngite. — blennorragique, XXXVI, 686. — *Voy.* larynx.

Laryngotomie. Valeur comparée de la

trachéotomie et de la — intercricotyroïdienne, XXXVI, 301.
Légume. Les microorganismes des — frais, XXXVI, 107.
Lèpre. R. B., XXXV, 348, 760; XXXVI, 362, 752.
Leucémie. — aiguë, XXXVI, 134; lésion du nez dans la — XXXV, 695. — R. B., XXXV, 349, 760; XXXVI, 362, 753.
Leucocytes. *Voy.* sang.
Leucocytose. De la — inflammatoire, XXXVI, 550.
Leucomaïnes. — du sang, XXXV, 40.
Lèvre. Restauration de la — XXXV, 656; ulcère tuberculeux de la — XXXV, 657; des tumeurs malignes des — XXXV, 600. — R. B., XXXV, 349; XXXVI, 362.
Lichen. — planus après une amputation, XXXV, 209; rapports entre le — plan et le — ruber, XXXV, 209; XXXVI, 201. — R. B., XXXV, 760; XXXVI, 753.
Ligament. Rupture du — rotulien, XXXV, 311.
Lipome. — de la langue, XXXV, 277. — R. B., XXXV, 349, 760; XXXVI, 362, 753.
Litholapaxie. — Comparaison de la taille et de la — XXXV, 306. — *Voy.* vessie.
Lithotritie. Comparaison de la taille et de la — XXXV, 306. — *Voy.* vessie.
Locomotion. R. B., XXXVI, 362, 753.
Luette. *Voy.* palais.
Lupus. Des — érythémateux, XXXV, 578; XXXVI, 199; — de l'œil, XXXVI, 285; — du larynx, XXXVI, 296; — primitif de la gorge, XXXVI, 675; — primitif de la muqueuse nasale, XXXV, 700; — de la langue, XXXVI, 590; — et tuberculose, XXXV, 210; ablation du — et greffes, XXXV, 210. — R. B., XXXV, 349, 760; XXXVI, 362, 753.
Luxation. — du nerf cubital, XXXVI, 629; — de la colonne cervicale, XXXVI, 271; — de la 6e côte, XXXV, 269; opération pour une — incoercible de la clavicule, XXXVI, 272; — latérale du pouce, XXXV, 636; — du pouce, XXXV, 269; — de l'annulaire, XXXV, 269; — de la tête du cubitus, XXXV, 635; — du cubitus en dedans, XXXV, 269; — en arrière des os de l'avant-bras, XXXVI, 658; — du coude, XXXVI, 656; — de l'épaule, XXXVI, 656; — des ménisques inter-articulaires du genou, XXXVI, 657; — de la rotule, XXXV, 636; — du tibia, XXXV, 636; — du péroné, XXXV, 636; — de la hanche, XXXV, 269; — paralytiques de la hanche, XXXV, 636; arthrite dans les — de la hanche, XXXV, 636; causes de l'irréductibilité des — anciennes de la hanche, XXXVI, 273. — R. B., XXXV, 349, 760; XXXVI, 362, 753.
Lymphadénome. Du — en général et du — de la mamelle, XXXVI, 264.
Lymphangiome. Des — XXXV, 53; XXXVI, 633.
Lymphangite. Identité de l'érysipèle et de la — XXXV, 64; — vénériennes de la verge. XXXVI, 221.
Lymphatique. — des organes génitaux de l'homme, XXXVI, 13, 427; des glandes — XXXV, 408; kystes — traumatiques, XXXV, 312; dégénérescence tuberculeuse des ganglions — après inoculation de bacilles à des chiens, XXXV, 472; cancer des ganglions — XXXVI, 469; carcinome primitif des ganglions — XXXV, 53. — R. B., XXXV, 349, 761; XXXVI, 363, 754.
Lymphe. Formation de la — XXXVI, 38.

M

Macroglossie. *Voy.* langue.
Main. Nerfs du dos de la — XXXVI, 403; sur l'orientation dans le champ d'exploration de la — XXXVI, 37; malformation des — XXXV, 462; — plate d'origine nerveuse, XXXV, 150; kystes épidermiques de la — XXXV, 641. — R. B., XXXV, 350, 761; XXXVI, 363, 754.
Mal de mer. — R. B., XXXV, 350, 762; XXXVI, 754.
Mal des montagnes. — R. B., XXXVI, 755.
Mal de Pott. — syphilitique, XXXV, 221. — R. B., XXXVI, 754. — *Voy.* rachis.
Maladie. — R. B., XXXV, 350, 762; XXXVI, 364, 755.
Maladie prof. Perforation de la cloison chez les ouvriers plâtriers, XXXV, 697; lésions du limaçon chez les chaudronniers, XXXVI, 302; crampes — XXXVI, 525; folliculite des fileurs et rattacheurs, XXXV, 208; l'eczéma des galvaniseurs, XXXVI, 110; les ostéites des nacriers, XXXVI, 110. — R. B., XXXV, 350, 762; XXXVI, 364, 755.
Malformation. — rares de la face, XXXV, 457; — congénitale du cœur, XXXV, 562; — de l'oreille, XXXVI, 696; — du rectum et de l'anus, XXXV, 616; — des organes urogénitaux, XXXVI, 477; sillon congénital des membres, XXXV, 570; — des mains, XXXV, 462. — R. B., XXXV, 350; XXXVI, 364, 755.
Malonique (Acide). Toxicité de l'— XXXV, 490.
Mamelle. Hypertrophie compensatrice des — XXXVI, 481; eczéma du mamelon, XXXVI, 199; maladie de Paget, XXXVI, 585, 586; la mammite des adolescents et des adultes, XXXV, 628; du lymphadénome de la — XXXVI, 264; opérations pour la dépression du mamelon, XXXV, 627; du cancer de la — XXXV, 627; récidives du cancer — après l'opération, XXXV, 278. — R. B., XXXV, 350, 762; XXXVI, 364, 755.
Mammite. *Voy.* mamelle.
Manie. *Voy.* aliénation.
Massage. Influence du — sur la nutrition, XXXV, 501; — du cœur, XXXV, 502; — dans la sclérodermie, XXXV, 578; — dans l'aliénation, XXXVI, 231; la méthode de Thure Brandt, XXXVI, 162.

— R. B., XXXV, 351, 762; XXXVI, 364, 755.
Mastoïde (Apoph.). Trépanation de l' — XXXV, 717; variétés d'abcès — XXXV, 718. — *Voy.* oreille.
Maternité. *Voy.* accouchement.
Maxillaire. De l'empyème du sinus — XXXV, 705; éclairage électrique des abcès du sinus — XXXV, 705; résection temporaire du — inférieur, XXXV, 260; restauration de la cavité buccale après la résection du — XXXV, 656; kyste du — XXXVI, 264. — R. B., XXXV, 351, 762; XXXVI, 364, 755.
Médecine (Hist.). R. B., XXXV, 351, 762; XXXVI 364, 756.
Médecine légale. Congrès de — XXXVI, 605; conséquences des traumatismes cérébraux et médullaires, XXXVI, 605; incapacité dans les désordres intellectuels, XXXVI, 605; abus de la vente de la morphine et de la cocaïne, XXXVI, 606; syphilis des nourrices, XXXVI, 606; — militaire, XXXVI, 701; anesthésie pendant le sommeil, XXXVI, 607; suicide en France, XXXVI, 607; étude spectrophotométrique du sang oxycarboné, XXXVI, 612; altérations cadavériques du sang, XXXV, 250; recherche du sang, XXXV, 250; la docimasie gastro-intestinale, XXXV, 250; docimasie sidéro-pulmonaire, XXXV, 251; questions d'infanticide, XXXVI, 612; diffusibilité des poisons après la mort, XXXV, 251; marche de la putréfaction en rapport avec les propriétés physico-chimiques du sol, XXXVI, 610; causes de la mort subite dans les brûlures, XXXVI, 611; utilité du diagnostic expérimental de la rage en — XXXVI, 611; étude de la submersion, XXXVI, 608, 609; la mort par submersion, XXXV, 252; le thymus et la mort subite chez les baigneurs, XXXV, 253; perte de poids que subissent les cadavres à l'air, XXXV, 248; origine de l'adipocire, XXXV, 249; étude des fractures du crâne, XXXVI, 615; l'empoisonnement par l'alcool, XXXV, 255; le coït fécondant après la castration, XXXV, 255; mort suite de corrections par des instituteurs, XXXV, 254. — R. B., XXXV, 352, 763; XXXVI, 365, 756.
Médecine militaire. Traité de médecine légale — XXXVI, 701; essai de tactique des troupes sanitaires, XXXVI, 701; expériences sur les étoffes pour vêtements, XXXVI, 703; traitement de la sueur des pieds dans l'armée prussienne, XXXVI, 703; acide paralactique dans l'urine des soldats après les marches, XXXV, 441; examen des hernieux, XXXVI, 704; mutilation volontaire par perforation du tympan, XXXVI, 705; détermination de la réfraction oculaire, XXXVI, 705; traitement du furoncle, XXXVI, 705; la fièvre typhoïde dans la garnison de Paris et l'eau de boisson, XXXVI, 707; effets des projectiles de fusils de petit calibre, XXXVI, 708; pansement aseptique extemporané, XXXVI, 709. — R. B., XXXV, 352, 763; XXXVI, 365, 757.
Médecine opérat. R. B., XXXV, 353.
Mélanine. De la — XXXV, 45.
Mélanodermie. — partielle, XXXVI, 198.
Mélanose — R. B., XXXV, 353, 763; XXXVI, 366, 757.
Méléna. *Voy.* hémorragie, intestin.
Membre. Circulation veineuse du — inférieur, XXXV, 20; hypertrophie congénitale d'un — XXXVI, 191; sillon congénital des — XXXV, 570. — R. B., XXXV, 353.
Méninge. Terminaison du sac dural dans le canal rachidien, XXXVI, 3; disposition de l'artère — moyenne, XXXV, 48; hémorragie dans la dure-mère, XXXV, 49; cysticerque des — XXXVI, 117. — R. B., XXXV, 353, 763; XXXVI, 366, 758.
Méningite. Surdi-mutité et — XXXVI, 697; — microbienne, XXXVI, 518; — tuberculeuse, XXXVI, 116; — érysipélateuse, XXXVI, 116; — due au bacille typhique, XXXV, 69; — syphilitique, XXXVI, 211; des — suppurées, XXXV, 138; pachy — spinale suppurée, XXXVI, 622; étiologie de la — cérébro-spinale, XXXV, 139; pseudo — grippale, XXXVI, 187.
Méningocèle. Ablation de — XXXV, 258, 643.
Ménopause. *Voy.* menstruation.
Menstruation. Influence de la — sur l'apparition d'accidents oculaires, XXXV, 664; les troubles cardiaques de la ménopause, XXXVI, 126; psychoses — XXXVI, 599; influence du bromure sur la — XXXV, 99. — R. B., XXXV, 354, 764; XXXVI, 366, 758.
Mercure. Recherche du — dans les organes. XXXVI, 56; action du sublimé sur les alcaloïdes, XXXVI, 76; influence de la température sur les solutions de sublimé, XXXV, 493; action diurétique du calomel, XXXV, 500; action du calomel chez les sujets soumis aux préparations iodées, XXXV, 487; réaction de la salive sur le calomel comme diagnostic de l'intoxication iodoformique, XXXVI, 208; sublimé contre la diphtérie, XXXV, 97; traitement de la tuberculose par le — ioduré, XXXV, 95; du sublimé en obstétrique, XXXV, 200; traitement de la morve par les frictions — XXXV, 544; effets des injections de calomel, XXXV, 80; à quel moment le — de l'huile grise apparaît-il dans l'urine, XXXV, 80; injections — dans la syphilis, XXXV, 223, 588, 589; XXXVI, 213, 597; accidents causés par les injections — XXXV, 88; empoisonnement à la suite d'injections —, XXXV, 223; lésions du rein dans l'empoisonnement par le sublimé, XXXVI, 504. — R. B., XXXV, 354, 764; XXXVI, 758.
Mérycisme. R. B., XXXVI, 758.
Mésoderme. *Voy.* embryon.
Méthacétine. Action de la — XXXV, 74; XXXVI, 497, 498.
Métrite. La — cervicale, XXXV, 174; la curette dans l'endo — XXXV, 175; le tampon épreuve pour le diagnostic de l'endo — XXXV, 175; traitement de

l'endo — XXXV, 546; traitement de l'endo — par le chlorure de zinc XXXV, 546; XXXVI, 564, 565; traitement de l'endo — par le curetage, XXXVI, 564, 565.
Microbie. *Voy.* bactériologie.
Micro-organisme. *Voy.* bactériologie.
Microcéphalie. *Voy.* cerveau, idiotie.
Microphtalmie. *Voy.* œil.
Migraine. De la — XXXVI, 153; — ophtalmique hystérique, XXXV, 683; — accompagnée, XXXV, 171; eucalyptus contre la — XXXV, 100. — *Voy.* névrose.
Moelle. Structure de la — XXXVI, 402; origine des neuroblastes dans la — embryonnaire, XXXV, 1; le renflement sacré de la — XXXV, 401; le sillon intermédiaire antérieur de la — XXXV, 402; faisceau anormal de la — allongée, XXXVI, 462; genèse des cavités de la — XXXV, 456; rapports de la respiration et de la circulation après la section de la — XXXV, 423; l'anémie expérimentale comme procédé de dissociation des propriétés motrices et sensitives de la — XXXV, 425; modifications de l'excitabilité galvanique nervo-musculaire par la galvanisation de la — XXXVI, 29; action du seigle ergoté sur la — XXXVI, 81; sur le syndrome bulbo-médullaire, XXXV, 144; obs. de syringomyélie, XXXV, 519; XXXVI, 522; pathogénie de la sclérose en plaques, XXXV, 518, 519; troubles oculaires dans la sclérose en plaques, XXXV, 519; atrophie des nerfs optiques dans la sclérose des cordons postérieurs, XXXV, 682; anomalies des mouvements oculaires dans la sclérose en plaques, XXXV, 685; sclérose latérale amyotrophique, XXXV, 519; pseudo-sclérose en plaques suite de variole, XXXVI, 117; localisations dans la — cervicale, XXXVI, 117; paralysie — spastique, XXXVI, 117; de la paralysie — à marche rapide, XXXV, 144; paralysie — XXXVI, 520; lésions paludiques de la — XXXV, 144; lésions de la — dans la pellagre, XXXV, 581; lésions de la — dans l'anémie pernicieuse, XXXV, 532; XXXVI, 462; étiologie et pathologie du tabes, XXXV, 147; anatomie de la maladie de Friedreich, XXXVI, 463; ataxie chez le mari et la femme, XXXVI, 523; lésions de l'ataxie, XXXVI, 523; testicules et nerfs spermatiques des ataxiques, XXXVI, 464; troubles de la sensibilité dans l'ataxie, XXXVI, 119; obs. d'ataxie, XXXVI, 119; sialorrhée tabétique, XXXV, 147; phénomènes auriculaires et laryngés tabétiques, XXXV, 147; lésions des nerfs moteurs dans le tabes, XXXV, 147; paralysies dans le tabes, XXXVI, 119; paralysie du moteur oculaire commun dans l'ataxie, XXXVI, 286; troubles oculaires dans le tabes, XXXV, 680; traitement des maladies de la — et de l'ataxie par la suspension, XXXV, 506; XXXVI, 511; syphilis — XXXV, 218, 584; syphilis — précoce, XXXVI, 211; lésions traumatiques de la — XXXV, 647; affection traumatique limitée au renflement terminal de la — XXXV, 144; état des réflexes dans les traumatismes de la — XXXVI, 520; commotion cérébro — XXXVI, 519; contusion de la — XXXVI, 520; guérison d'une fistule — XXXVI, 622. — R. B., XXXV, 354, 764; XXXVI, 366, 758.
Moelle des os. Etude de la — XXXVI, 417; de la — rouge, XXXVI, 475.
Môle. R. B., XXXV, 355.
Molluscum. Du — contagiosum, XXXV, 212, 579. — R. B., XXXV, 765; XXXVI, 367, 759.
Monstre. Anomalies de développement des yeux chez un — XXXV, 688; fœtus anencéphale, XXXVI, 477; — double parasitaire, XXXV, 458; obs. de — XXXV, 55, 56, 57, 58, 458, 459, 461; 462. — R. B., XXXV, 355, 765; XXXVI, 367, 759.
Morphée. R. B., XXXVI, 759.
Morphinomanie. De la — XXXVI, 230; albuminurie des — XXXVI, 558; traitement de la — XXXV, 245.
Mort. Causes de la — subite dans les brûlures, XXXVI, 611; la — par submersion, XXXV, 252, 253; XXXVI, 608, 609; — subite chez les baigneurs, XXXV, 253. — R. B., XXXV, 355; XXXVI, 367, 759.
Mortalité. — de la pneumonie, XXXVI, 537. R. B., XXXV, 355, 765; XXXVI, 367.
Morue. Alcaloïdes de l'huile de foie de — XXXVI, 97.
Morve. Pénétration des bacilles de la — à travers la peau saine, XXXVI, 491; virulence du bacille — XXXVI, 74; diagnostic rapide de la — XXXV, 72; vaccination contre la — XXXV, 72; obs. de — XXXV, 544; traitement de la — par les frictions mercurielles, XXXV, 544. — R. B., XXXV, 355; XXXVI, 367.
Mouvement. R. B., XXXVI, 759.
Mucine. — de la glande sous-maxillaire, XXXV, 44.
Mucocèle. *Voy.* lacrymal.
Muguet. R. B., XXXVI, 367, 759.
Muqueuse. Kératinisation des — XXXVI, 470. — R. B., XXXV, 765.
Muscle. Structure du — XXXV, 409; XXXVI, 410; muscles de la nagoire de l'hippocampe, XXXV, 409; cellules — striées ramifiées, XXXV, 409; terminaison des nerfs dans les — lisses XXXV, 403; — de l'oreille, XXXV, 414; fonctions des fibres — lisses, XXXV, 32; distribution de la force — dans la main et le pied, XXXV, 37; théorie de la contraction — XXXV, 32; contraction des fibres — XXXVI, 410; valeur clinique de la contraction idio — XXXV, 151; des mouvements — XXXVI, 31; rapports entre l'excitabilité électrique et la contraction — XXXV, 430; phase de la contraction — s'accompagnant de dégagement de chaleur, XXXV, 430; recherches thermodynamiques sur les — XXXVI, 35; sur les secousses — isométriques, XXXVI, 36; rapport entre la

production de force — et le mécanisme de la respiration, XXXV, 34; influence des antipyrétiques sur la teneur des — en glycogène, XXXV, 480; formation d'acide lactique et consommation de glycogène dans les — XXXVI, 36; action de l'acide salicylique sur la contractilité — XXXVI, 77; l'énervation partielle des — XXXV, 429; état des — dans la rigidité cadavérique, XXXVI, 439; fibres hypertrophiées dans des fragments — enlevés sur le vivant, XXXV, 514; obs. de myotonie congénitale, XXXV, 545; atrophie — précoce dans les paralysies cérébrales, XXXV, 130, 513; atrophie — héréditaire, XXXVI, 532; atrophies — consécutives aux arthrites traumatiques, XXXVI, 464, 532; myopathie progressive primitive, XXXV, 514, 515; atrophie — neurotique progressive, XXXV, 515; pseudo-hypertrophie — XXXV, 515; névrite périphérique dans l'atrophie — des hémiplégiques, XXXV, 513; lésions — dans la sclérodermie, XXXVI, 592; dégénérescence cireuse des — dans le délire aigu, XXXV, 237; la maladie de Thomsen, XXXVI, 153; tumeur congénitale du — sternomastoïdien, XXXVI, 190; séparation sous-cutanée d'un fragment du biceps par traumatisme, XXXV, 639. — R. B. XXXV, 355, 765; XXXVI, 367, 759.

Mutisme. — hystérique, XXXVI, 121.

Mycosis. Du — fongoïde, XXXVI, 202.

Myélite. État des réflexes dans les — transverses, XXXVI, 520; poli — chez un enfant, XXXVI, 578; — aiguë tuberculeuse, XXXVI, 117; polyo — XXXV, 144; — aiguë et sclérose multiple, XXXV, 144. — *Voy.* moelle.

Myelome. — multiple, XXXVI, 156.

Myocardite. *Voy.* cœur.

Myome. *Voy.* fibrome, utérus.

Myopathie. *Voy.* muscle.

Myopie. La — scolaire, XXXVI, 277; pathogénie de la — XXXVI, 278.

Mycosis. R. B., XXXV, 356, 766.

Myopie. Statistique de la — XXXV, 659; — et forme de l'orbite, XXXV, 661; déformation de l'œil — XXXV, 662; — diabétique, XXXV, 662. — R. B., XXXV, 356, 766; XXXVI, 760.

Myosite. Névrite alcoolique avec — XXXV, 518; poly — aiguë, XXXVI, 154. — *Voy.* muscle.

Myotonie. *Voy.* muscle.

Myxœdème. — et troubles psychiques, XXXVI, 229; pseudo — à la suite de thyroïdectomie partielle, XXXV, 601; moyen d'arrêter le — XXXVI, 480. — R. B., XXXV, 356; XXXVI, 368, 760.

Myxome. — de l'épiglotte, XXXVI, 693. — R. B. XXXVI, 368, 760.

N

Nacrier. Les ostéites des — XXXVI, 110.

Nævus — pigmentaire, XXXVI, 633; — pilifère en cercle, XXXV, 215; traitement des — pileux, XXXV, 214. — *Voy.* angiome.

Naphtol. Action du — dans les gastropathies, XXXV, 483; traitement de la tuberculose des os et des articulations par le — camphré, XXXVI, 662.

Narcotique. Influence des — sur les échanges azotés, XXXVI, 81.

Nécrose. — du tissu graisseux, XXXVI, 553.

Néphrectomie. — pour une néphralgie hématurique, XXXV, 297; — pour hydronéphrose chez une enfant, XXXVI, 193; de la — pour tumeurs malignes, XXXV, 297; — pour rein mobile, XXXV, 297; obs. de — XXXV, 621; XXXVI, 668; fistule urinaire suite de — XXXVI, 668. — *Voy.* rein.

Néphrite. Pathogénie des péri — XXXVI, 146; — chez les enfants, XXXV, 568; troubles psychiques au cours de la — chronique, XXXVI, 146; hémoptysie signe de — interstitielle, XXXVI, 553; — sénile, XXXVI, 553; — de la fièvre typhoïde, XXXVI, 146; — scarlatineuses, XXXVI, 466; pemphigus avec — XXXV, 577; traitement de la — XXXVI, 94. — *Voy.* rein.

Néphrorraphie. — pour reins mobiles, XXXVI, 668; résultats des opérations de — XXXV, 297; obs. de — XXXV, 297, 621.

Néphrotomie. Obs. de — XXXV, 621; XXXVI, 668. — *Voy.* rein.

Nerf. Terminaison des — dans les muscles lisses, XXXV, 403; corpuscules nerveux des — XXXVI, 461; dégénérescence des — XXXVI, 461; indice de réfraction du cylindraxe vivant, XXXVI, 30; rapports des — spinaux avec les apophyses épineuses des vertèbres, XXXV, 403; le — laryngé supérieur, XXXV, 403; rapports du — récurrent, XXXVI, 423; terminaison du — cochléen dans l'organe de Corti, XXXV, 405; trajet de la racine postérieure du — auditif, XXXV, 405; entre-croisement des — optiques, XXXVI, 2; disposition des — de l'orbite, XXXV, 405; fibres du — — oculo-moteur, XXXVI, 404; filets du — hypoglosse, XXXV, 16; — de la glande sous-maxillaire, XXXV, 431; — des glandes molaires inférieures, XXXV, 25; — de l'estomac, XXXV, 19; — e l'intestin, XXXV, 438; — de l'appareil urinaire, XXXVI, 404; — du dos de la main, XXXVI, 403; effets de la congélation du — récurrent, XXXV, 24; effets de la section du — laryngé supérieur, XXXV, 25; transmission de la sensibilité à travers les — de mouvement, XXXV, 23; rapports entre l'excitation électrique et la réaction — XXXV, 430; température des — en activité, XXXVI, 433; physiologie des — glan-

dulaires, XXXVI, 450; coloboma du — optique, XXXV, 688; névrites du — récurrent, XXXV, 708; paralysie du — maxillaire inférieur, XXXV, 140; crampe du — radial, XXXV, 140; névrite apoplectique du plexus brachial, XXXV, 517; atrophie des — optiques dans la sclérose médullaire, XXXV, 682; trouble des couleurs dans l'atrophie du — optique, XXXV, 684; altération des — dans les œdèmes et la phlegmatia alba, XXXV, 451; paralysie du — moteur oculaire commun dans l'ataxie, XXXVI, 286; lésions des — moteurs dans le tabes, XXXV, 147; thrombose de l'artère vertébrale comprimant le — glosso-pharyngien, XXXVI, 512; luxation du — cubital, XXXVI, 629; emprisonnement du — crural dans une cicatrice, XXXVI, 629; envahissement du — cubital par un épithéliome, XXXVI, 243; traitement du tétanos par la section —, XXXV, 592; disparition de douleurs spasmodiques de la jambe par la section des racines postérieures des — spinaux, XXXV, 592; résection du — maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin, XXXVI, 629; méthode de névrectomie du — dentaire inférieur, XXXV, 591; résection du — buccinateur, XXXV, 591; arrachement du — frontal interne, XXXV, 591; suture secondaire du — tibial postérieur, XXXV, 592; suture des — XXXVI, 244, 631. — R. B., XXXV, 356, 766; XXXVI, 368, 761.

Nerveux (Syst.). Relations entre les fibres et les cellules — dans les ganglions spinaux, XXXV, 425; coloration des centres et du — XXXVI, 26, 27; la concentration du sang comme condition d'excitation du — XXXVI, 433; appareils — et centres — de l'estomac, XXXV, 434; fonctions du plexus cœliaque, XXXV, 33; influence du — sur l'infection, XXXV, 64; ablation du ganglion de Meckel pour un tic douloureux, XXXVI, 243; pathogénie des troubles — d'origine gastrique, XXXVI, 542; rapports de la grossesse et de quelques affections du — XXXV, 189; troubles — consécutifs aux fractures de la clavicule, XXXVI, 266; suspension dans le traitement des maladies du — XXXVI, 98. — R. B., XXXV, 357, 767; XXXVI, 379, 761.

Neurasthénie. De la — XXXVI, 121; — et hystérie, XXXVI, 121. — *Voy.* névrose.

Neurokératine. De la — XXXVI, 45.

Névralgie. Ablation du ganglion de Meckel pour une — faciale, XXXVI, 243; scoliose suite de sciatique, XXXVI, 628.

Névrectomie. *Voy.* nerf.

Névrite. — du récurrent, XXXV, 708; — ascendante du pneumogastrique, XXXVI, 542; — des nerfs crâniens suite de fracture, XXXV, 140; — apoplectique du plexius brachial, XXXV, 517; — dans la maladie de Landry, XXXV, 144; formes de — périphérique, XXXVI, 524; — par le sulfure de carbone, XXXVI, 524; — puerpérale, XXXVI, 524; poly — au cours d'une pneumonie, XXXV, 518; — alcoolique avec myosite, XXXV, 518; de la — alcoolique, XXXV, 140; — périphérique dans l'atrophie musculaire des hémiplégiques, XXXV, 513; troubles trophiques de la peau dans la — XXXV, 150.

Névrome. — de l'encéphale, XXXV, 48; — fibromes multiples, XXXV, 213.

Névropathie. Des déviations du rachis dans leurs rapports avec la — héréditaire, XXXVI, 224. — *Voy.* nerveux.

Névrose. Contagion des — XXXVI, 222; histoire de la maladie de Rousseau, XXXV, 233; des — traumatiques, XXXV, 650; XXXVI, 121, 519; des — réflexes nasales, XXXV, 466; origine bulbaire du tic de la face, XXXVI, 531; — de l'estomac, XXXVI, 542. — R.B., XXXV, 358, 767; XXXVI, 369, 762.

Nez. Développement des fosses — XXXV, 411; anatomie du — pharynx, XXXVI, 422; le corps érectile de la muqueuse — XXXV, 412; innervation vaso-dilatatrice du — XXXVI, 449; rhinoscopie postérieure, XXXVI, 680; choix des anesthésiques et mode d'emploi dans les opérations sur le — XXXV, 699; hyphomycètes — XXXV, 694; bactéries du — à l'état de santé, XXXV, 695; rapports de l'asthme et des maladies du — XXXV, 702, 703; des névroses réflexes — XXXV, 466; du coryza pseudo-membraneux, XXXVI, 680; nature de l'ozène, XXXVI, 293; lésion du — dans la leucémie, XXXV, 695; abcès chauds de la cloison — et déformation — consécutive, XXXVI, 682; ulcère perforant de la cloison — XXXVI, 682; perforation de la cloison chez les ouvriers plâtriers, XXXV, 697; syphilis — XXXV, 702; corps étrangers du — XXXV, 702; des rhinolithes, XXXV, 702; des déformations de la cloison — XXXVI, 292; des déviations de la cloison — XXXV, 698; correction des difformités — XXXV, 698; occlusion du — par synéchies, XXXV, 695, 696; occlusion osseuse des fosses — XXXV, 695, 697; hypertrophie de la muqueuse des cornets — XXXV, 703; de l'obstruction — cause de déviation du rachis et des déformations thoraciques, XXXVI, 293; électrolyse dans les obstructions — XXXV, 704; cathétérisme des sinus accessoires du — XXXVI, 678; chirurgie du sinus sphénoïdal, XXXVI, 679; empyème du sinus sphénoïdal, XXXVI, 679; tumeurs verruqueuses des fosses — XXXVI, 292; lupus du — XXXV, 700; du rhinosclérome, XXXV, 700; XXXVI, 292; papillomes des fosses — XXXV, 699; papillome — avec psoriasis — XXXV, 700; kystes dermoïdes du — XXXVI, 680; dermatomyomes du — XXXVI, 681; tuberculose du — XXXVI, 681; phénomènes réactionnels après les opérations sur le — XXXVI, 682; acéto-tartrate d'alumine dans les maladies du — XXXV, 714; autoplastie du — XXXV, 593. — R. B., XXXV, 358, 768; XXXVI, 369, 762.

Nicotine. Action de la — XXXVI, 501.
Noma. Etude du — XXXV, 475; obs. de — XXXVI, 187.
Nouveau-né. Poids des viscères chez le — XXXV, 422; ossification prématurée du crâne chez un — XXXV, 563; apnée physiologique des — XXXV, 553; répartition du fer chez les — XXXV, 46; vitalité des — XXXVI, 568; vaccination des — XXXV, 109, 571; hémorragie intestinale des — XXXVI, 189, 583; traitement du mucocèle chez le — XXXV, 665. — *Voy.* enfant.
Nourrice. Syphilis des — XXXVI, 606.
Nourrisson. *Voy.* enfant, nouveau-né.
Noyau. *Voy.* cellule.
Nucléine. — de l'albumine, XXXV, 44; acides — XXXV, 449.
Nutrition. Echanges — dans les maladies XXXVI, 44; — dans l'hypnotisme, XXXVI, 124; — dans l'hystérie, XXXVI, 527; troubles de — dans la dermatite, XXXVI, 585; — chez les cancéreux, XXXVI, 154, 155; influence du massage sur la — XXXV, 501. — R. B., XXXV, 360; XXXVI, 370, 764.

O

Obésité. R. B., XXXV, 360; XXXVI, 371, 764.
Obstétrique. Leçons de clinique — XXXV, 188; le sublimé et la créoline en — XXXV, 200; le curage utérin en — XXXV, 201; antisepsie — XXXVI, 182, 183. — *Voy.* accouchement.
Occlusion intestinale. Pathologie de l'ileus, XXXVI, 59; invagination de l'iléon, XXXV, 290; étranglement interne par une bride congénitale, XXXV, 290; — aiguë, XXXV, 290; — chronique, XXXVI, 648; — par un calcul biliaire, XXXVI, 249; — secondaire aux opérations sur le péritoine, XXXV, 290; traitement de l'— par l'électricité, XXXV, 290; XXXVI, 648. — R. B., XXXV, 360, 770; XXXVI, 371, 764.
Œdème. Altération des nerfs dans les — XXXV, 451; — aigu pulmonaire, XXXVI, 480; — pulmonaire dans les affections de l'aorte, XXXVI, 536; — du larynx, XXXVI, 297; — aigu du larynx, XXXVI, 686; — aigu de la peau, XXXV, 563. — R. B., XXXV, 361, 770; XXXVI, 371, 764.
Œil. Fibres du nerf oculo-moteur, XXXVI, 404; anastomoses des vaisseaux ciliaires avec ceux du nerf optique et de la rétine, XXXV, 671; nouveau centre optique, XXXV, 658; anomalies de développement — chez un monstre, XXXV, 688; coloboma du nerf optique avec microphtalmie, XXXV, 688; morphographie de la papille, XXXV, 682; des anomalies de l'accommodation, XXXV, 660, 661; déformation de l'— myope, XXXV, 662; changements de forme de l'— par la compression musculaire, XXXV, 662; examen de la réfraction — XXXVI, 705; statistique des anomalies de réfraction, XXXV, 659; influence de la menstruation sur l'apparition d'accidents — XXXV, 664; aspects ophtalmoscopiques de la périphérie du fond de l'— XXXV, 685; limites des régions de l'— visibles à l'ophtalmoscope, XXXV, 687; énophtalmie droite se changeant en exophtalmie par inclinaison de la tête, XXXV, 670; migraine — hystérique, XXXV, 683; paralysie de la convergence, XXXV, 684; paralysie du moteur — commun dans l'ataxie, XXXVI, 286; paralysie traumatique de l'oculo-moteur commun, XXXV, 126; de l'hémianopsie, XXXV, 130; anomalies des mouvements — dans la sclérose en plaques, XXXV, 685; troubles oculaires dans le tabes, XXXV, 680; amblyopie due au sulfure de carbone, XXXV, 686; hémorragie intra — XXXV, 687; injections intra — dans l'iridocyclite et le décollement rétinien, XXXV, 677, 678; lésions de la rétine dans la tuberculose — XXXVI, 283; tuberculose et lupus — XXXVI, 285; rupture du canal de Schlemm, par contusion de l'— XXXV, 670; énucléation de l'— XXXVI, 288; curage de l'— dans la panophtalmie, XXXV, 686; cysticerque de l'— XXXV, 689; XXXVI, 287; traitement des affections — par les antiseptiques, XXXVI, 288, 289; emploi de la cocaïne dans les maladies — XXXV, 689. — R. B., XXXV, 361, 770; XXXVI, 371, 764.
Œsophage. Structure de l'— XXXVI, 9; étiologie de l'—isme, XXXV, 540; traitement des rétrécissements cicatriciels ou cancéreux de l'— XXXVI, 247, 252; cathétérisme à demeure dans le cancer — XXXVI, 247; forme rare de cancer — XXXVI, 471; gastrostomie dans le cancer de l'— XXXVI, 247; gastrostomie pour rétrécissement — XXXVI, 252. — R. B., XXXV, 363, 772; XXXVI, 372, 766.
Œsophagotomie. — à séances multiples, XXXVI, 247; — pour corps étrangers, XXXV, 608. — *Voy.* œsophage.
Œuf. Origine et rôle des noyaux libres du vitellus, XXXV, 418; enveloppes ovulaires, XXXVI, 13; la migration externe de l'— XXXV, 192. — R. B., XXXV, 363; XXXVI, 766. — *Voy.* embryon.
Olfaction. L'organe de l'— XXXV. 411. — R. B., XXXVI, 372, 766.
Ombilic. Du souffle — XXXV, 191; pyohémie — XXXV, 569; hémorragie — XXXV, 570.
Omoplate. Extirpation de l'— XXXV, 630. — *Voy.* os, résection.
Ongle. Développement de l'— XXXV, 21; onycomycose favique, XXXV, 581; pelade — XXXV, 581. — R. B., XXXV, 772; XXXVI, 372.
Onycomycose. *Voy.* ongle.
Optique. Entre-croisement des nerfs — XXXVI, 2; centres et conducteurs — XXXV, 126; centre — XXXV, 658; coloboma du nerf — XXXV, 688; atrophie des nerfs — dans la sclérose médullaire, XXXV, 682; trouble des couleurs dans l'atrophie du nerf — XXXV, 684.

Ophtalmie. Formes et traitement de l'— sympathique, XXXVI, 285; extirpation des glandes lacrymales dans l'— granuleuse, XXXV, 666; curage de l'œil dans la pan — XXXV, 686.— *Voy.* œil.
Ophtalmoplégie. — bilatérale externe congénitale, XXXV, 682.
Opium. Influence de l'— sur l'excrétion d'acide urique, XXXVI, 508.
Orbite. Disposition des nerfs de l'— XXXV, 405; myopie et forme de l'— XXXV, 661; du fibrome de l'— XXXV, 666; procédé pour combler l'— après l'ablation des parties molles, XXXVI, 287. — R. B., XXXV, 363, 772; XXXVI, 372, 768.
Orchite. Traitement de l'— blennorragique par l'anémone, XXXV, 229. — *Voy.* testicule.
Oreille. Anatomie du limaçon, XXXVI, 423; terminaison du nerf cochléen dans l'organe de Corti, XXXV, 405; trajet de la racine postérieure du nerf,—XXXV, 405; muscles de l'— XXXV, 414; le tubercule de Darwin et la direction des poils du pavillon, XXXV, 15; l'— de dégénéré, XXXV, 715; malformations de l'— XXXVI, 696; mutilation volontaire par perforation du tympan, XXXVI, 705; lésions professionnelles du limaçon, XXXVI, 302; phénomènes — dans le tabes, XXXV, 147; le téléphone et les affections de l'— XXXV, 714; lésions de l'— dans les affections cérébrales, XXXV, 715; trépanation pour abcès cérébraux suite de suppuration de l'— XXXVI, 693; de la trépanation de l'apophyse mastoïde, XXXV, 717; forme d'accidents mastoïdiens et thrombose du sinus latéral, XXXV, 718; cholestéatome de l'— XXXVI, 302. — R. B., XXXV, 363, 772; XXXVI, 373, 766.
Oreillon. — des glandes lacrymales, XXXVI, 280. — R. B., XXXV, 365, 774; XXXVI, 374.
Orexine. Action de l'— XXXVI, 498.
Orthine. Action de l'— XXXVI, 80.
Orthopédie. R. B., XXXV, 365; XXXVI, 374, 767.
Os. Structure de l'— XXXVI, 417; fossette pharyngienne de l'occipital, XXXVI, 420; arc sous-jugal et bipartition des — molaires, XXXV, 14; la clavicule et ses articulations, XXXVI, 420; l'apophyse sus-épitrochléenne au point de vue chirurgical, XXXV, 263; l'accroissement des — XXXV, 38; rôle de l'astragale dans la pathologie du cou-de-pied, XXXV, 273; traitement de la tuberculose — XXXV, 628; traitement de la tuberculose des — par le naphtol camphré, XXXVI, 662; traitement des sarcomes myégolenes, XXXVI, 269; de l'implantation d'— décalcifiés pour réparer les pertes de substances —XXXV, 264; greffe — XXXVI, 270, 271; résection totale des — de la face, XXXV, 655; résection de l'— iliaque, XXXV, 631; extirpation de la rotule, XXXV, 631; fractures de l'épitrochlée, XXXV, 265; fractures de l'humérus, XXXV, 265; fracture de la rotule, XXXV, 265; fractures du fémur, XXXV, 265.— R. B., XXXV, 365, 774; XXXVI, 374, 767. — *Voy.* fracture, luxation.
Ostéite. Les — des nacriers, XXXVI, 110; — déformante, XXXVI, 475, 655; — déformante avec production de tumeurs osseuses, XXXV, 456.
Ostéomalacie. — expérimentale, XXXV, 465; opération césarienne pour — XXXVI, 175.
Ostéomyélite. De l'— aiguë, XXXV, 262; traitement de l'— aiguë, XXXVI, 655. — *Voy.* os.
Ostéotomie. — pour le genu varum et le genu valgum, XXXV, 275. — *Voy.* os.
Otite. — diabétique, XXXV, 716; étude bactériologique des — purulentes, XXXV, 714, 716; bactériologie de l'— diphtéritique, XXXV, 717; traitement de l'— moyenne, XXXV, 715; trépanation pour abcès du cerveau suite d'— suppurée, XXXVI, 697; traitement de la pyohémie suite d'— XXXVI, 697. — *Voy.* oreille.
Ouabaïne. Action anesthésique de l'— XXXV, 487; XXXVI, 84.
Ovaire. Hémorragies de l'— XXXVI, 559; hernie étranglée de l'— XXXV, 570; énorme kyste — XXXVI, 561; épithéliomas kystiques de l'— XXXVI, 559; transformation de l'endothélium de — en angiome, XXXVI, 560; — à petits kystes, XXXVI, 165; kyste colossal de l'— XXXVI, 165; la torsion du pédicule des kystes — XXXVI, 166; ascite dans les kystes — XXXVI, 260; épanchements pleurétiques dans les kystes — XXXV, 550; péritonite suite d'apoplexie — XXXV, 550; cancer — XXXVI, 561; l'incision vaginale pour les tumeurs de l'— XXXV, 181. — R. B., XXXV, 366, 778; XXXVI, 375, 768.
Ovariotomie. Obs. d'— XXXV, 551. — *Voy.* ovaire.
Ovarite. Des salpingo — XXXVI, 157. — *Voy.* ovaire.
Ovule. *Voy.* Œuf.
Oxalique (Acide). Toxicité de l'— XXXV, 490.
Oxydation. Rôle des alcalins dans les — organiques, XXXV, 446.
Oxygène. Valeur des inhalations d'— XXXV, 84; inhalations d'— dans la diphtérie, XXXV, 97; variations du rythme respiratoire par l'— inhalé dans la diphtérie, XXXV, 97. — R. B., XXXVI, 375.
Ozène. Nature de l'— XXXVI, 293.—*Voy.* nez.

P

Palais. Uvulite œdémateuse aiguë, XXXV, 693; papillome du voile — XXXVI, 290; tumeur mixte de la voûte — XXXVI, 675; procédé d'urano-staphylorraphie, XXXVI, 676. — R. B., XXXV, 366, 775; XXXVI, 375, 769.

Paludisme. Inoculation des parasites du — XXXVI, 67; évolution des parasites — dans la fièvre tierce, XXXVI, 67; — à la terre du roi Guillaume, XXXV, 533; la fièvre de Malte, XXXV, 533; troubles moteurs dans le — XXXV, 533; fièvre — expérimentale, XXXV, 473; fièvre ictéro-hématurique d'origine quinique, XXXV, 543; l'hémoglobinurie — XXXV, 167; des réflexes rotuliens et du pied dans le — XXXVI, 152; lésions médullaires d'origine — XXXV, 144; consolidation des fractures chez les — XXXVI, 266; kératite — XXXV, 667; injections de quinine dans le — XXXVI, 94; panbotano dans le — XXXVI, 94; traitement du tétanos par la greffe — XXXV, 70. — R. B., XXXV, 366, 775; XXXVI, 376, 769.
Panbotano. — dans le paludisme, XXXVI, 94.
Pancréas. Diabète — XXXV, 541; obs. de kyste — XXXV, 611; cancer primitif du — XXXV, 164. — R. B., XXXV, 367, 776; XXXVI, 376, 770.
Pansement. — aseptique extemporané, XXXVI, 709; nouveau — antiseptique, XXXVI, 240; — au sucre, XXXVI, 614; des opérations à sec, XXXV, 256. — R. B., XXXV, 367, 776; XXXVI, 376, 770.
Papillome. — du voile du palais, XXXVI, 290; — des fosses nasales, XXXV, 699; — du nez avec psoriasis, XXXV, 700; — et tuberculose du larynx, XXXV, 712; — névropathique congénital, XXXV, 213; urétrite — XXXV, 221.
Paralactique (Acide). *Voy*. lactique.
Paralysie. — du nerf moteur oculaire commun dans l'ataxie, XXXVI, 286; — de la convergence, XXXV, 684; — du larynx, XXXV, 708; XXXVI, 692, 694; — laryngées et pharyngées, XXXVI, 295; — du nerf maxillaire inférieur, XXXV, 140; — pneumonique, XXXV, 156; — de Landry, XXXVI, 520; — de Brown-Séquard, XXXVI, 520; le vertige — XXXV, 171, 522; — du triceps huméral, XXXV, 514; — spinale saturnine, XXXVI, 504; — spinale spastique, XXXVI, 117; — générale spinale, XXXV, 144; — bulbaire, XXXV, 508; — progressive avec lésions de la capsule interne, XXXV, 130; atrophie musculaire précoce dans les — cérébrales; XXXV, 130, 513; — de l'enfance, XXXVI, 579; — cérébrale infantile, XXXV, 135; XXXVI, 230; — dans le tabes, XXXVI, 119; résection du rachis dans les — traumatiques, XXXV, 647. — R. B., XXXV, 367, 776; XXXVI, 376, 770.
Paralysie agitante. Nature de la — XXXV, 151; — à forme hémiplégique, XXXV, 150; sécrétion urinaire dans la — XXXV, 441. — R. B., XXXV, 777; XXXVI, 277, 770.
Paralysie infantile. — héréditaire, XXXVI, 532; — XXXV, 135; XXXVI, 230, 579.
Paralysie générale. Etiologie de la — XXXVI, 228; troubles trophiques dans la — XXXVI, 228; modifications de l'excitabilité galvanique dans la — XXXV, 241; membranes fibrineuses du canal médullaire dans la — XXXVI, 229; diagnostic de la lipémanie hypocondriaque et de la — XXXVI, 228; rapports de la syphilis et de la — XXXV, 219; XXXVI, 227; — syphilitique, XXXVI, 211; injections d'ergotinine dans la — XXXVI, 603; trépanation dans la — XXXVI, 603, 604. — R. B., XXXV, 368, 777; XXXVI, 377, 770.
Paramonochloracétanilide. Action de la — XXXVI, 80.
Parole. Des centres de la — XXXV, 130; aphasie sensorielle, XXXV, 130; compréhension de la musique chez les aphasiques, XXXV, 130. — R. B., XXXV, 368, 777; XXXVI, 377, 770.
Parotidite. — dans la pneumonie, XXXVI, 537. — R. B., XXXV, 368, 777; XXXVI, 770.
Pathologie. Manuel de — interne, XXXVI, 113. — R. B., XXXV, 368, 777; XXXVI, 377, 771.
Paupière. Ptosis bilatéral, XXXVI, 279; traitement du ptosis et de l'entropion spasmodique, XXXVI, 280; ptosis congénital, XXXV, 664; cas de symblépharon, XXXV, 664; de la restauration des — XXXV, 664; éléphantiasis des — XXXVI, 279. — R. B., XXXV, 368, 777; XXXVI, 377, 771.
Peau. Structure de la — XXXVI, 9; des fibres de l'épiderme, XXXVI, 4; fibres de l'épithélium dermique, XXXVI, 421; phénomènes électriques — XXXV, 34; de l'épidermophyton, XXXVI, 202; œdème aigu de la — XXXV, 563; troubles trophiques de la — dans la névrite, XXXV, 150; gangrène — disséminée chez les enfants, XXXVI, 590; tuberculose — XXXVI, 198, 199; décollement traumatique de la — XXXV, 640; des brûlures étendues de la — XXXV, 455; XXXVI, 611. — R. B., XXXV, 369, 777; XXXVI, 377, 771.
Pelade. — d'origine nerveuse, XXXVI, 204; — unguéale, XXXV, 581; lésions de la — XXXV, 582. — *Voy*. teigne.
Péliose. — rhumatismale, XXXV, 214.
Pellagre. Lésions de la moelle dans la — XXXV, 581; XXXVI, 592; — chez les aliénés, XXXV, 236. — R. B., XXXV, 369, 778; XXXVI, 378, 772.
Pemphigus. Du — XXXVI, 587, 588; — aigu contagieux, XXXVI, 201; — généralisé, XXXV, 577; — aigu, XXXV, 577; — avec néphrite hémorragique, XXXV, 577. — R. B., XXXV, 369, 778; XXXVI, 378, 772.
Pénis. Variété de balanite, XXXV, 589; lymphangites vénériennes du — XXXVI, 221; de la cavernite chronique, XXXV, 625; étude critique de la circoncision, XXXV, 310; érysipèle et circoncision, XXXV, 310; procédé d'extirpation du — XXXV, 310. — *Voy*. génitaux.
Peptone. Réaction des — et pro— XXXVI, 45. — R. B., XXXV, 369, 779.
Peptonurie. — de la grossesse et des suites de couches, XXXV, 555; — dans

la syphilis, XXXVI, 595; pro — dans les psychoses, XXXV, 241. — R. B., XXXVI, 772.
Péricardite. — chez les enfants, XXXV, 562; — produite par le pneumocoque, XXXV, 69. — *Voy.* cœur.
Périnée. Méthode de colporraphie et de colpoplastie, XXXV, 179; 10 cas de — oplastie, XXXV, 179. — R. B., XXXV, 369, 778; XXXVI, 378, 772.
Péritoine. Eléments de la sérosité — XXXVI, 411; modifications de l'endothélium — dans certaines maladies, XXXV, 454; affection tuberculeuse mésentérique congénitale, XXXV, 565; abcès rétro — suite d'empyème, XXXVI, 255; kystes du mésentère, XXXVI, 561; kyste chyleux du mésentère, XXXV, 612; des épanchements de bile dans le — XXXV, 465; épanchement fécal dans le — XXXVI, 646; causes des adhérences — après les opérations chirurgicales, XXXV, 465; occlusion intestinale secondaire aux opérations sur le — XXXV, 290; corps étranger du — XXXV, 460; tumeur kystique du — XXXV, 460; traitement des plaies par armes à feu du mésentère, XXXV, 613. — R. B., XXXV, 370, 778; XXXVI, 378, 772.
Péritonite. De la — XXXVI, 482; — suite d'apoplexie ovarienne, XXXV, 550; pseudo — hystérique, XXXVI, 528; — appendiculaire, XXXVI, 256; étiologie de la — XXXVI, 63, 64; étiologie de la — septique, XXXVI, 255; laparotomie pour — tuberculeuse, XXXVI, 255, 256, 562, 646; laparotomie dans la — chronique et la — tuberculeuse, XXXV, 282; suites du traitement de la — XXXV, 283; traitement des — par perforation, XXXV, 615.
Phagocytose. Phénomènes de — dans les poumons, XXXV, 66.
Pharmacologie. — expérimentale, XXXVI, 88. — R. B., XXXV, 370, 779; XXXVI, 379, 772.
Pharynx. Anatomie du naso — XXXVI, 422; fossette — de l'occipital, XXXVI, 420; des diverticules du — XXXV, 693; choix des anesthésiques et mode d'emploi dans les opérations sur le — XXXV, 699; les tumeurs adénoïdes du — aux divers âges, XXXVI, 676; complications de l'opération des tumeurs adénoïdes — XXXVI, 676; paralysies — XXXVI, 295; érythème — XXXV, 574; lupus primitif du — XXXVI, 675; gommes syphilitiques de l'isthme — XXXV, 220; syphilis héréditaire tardive — XXXV, 589; influence sur les polypes — de la ligature des carotides externes, XXXV, 694; anévrisme — XXXVI, 677; épithélioma primitif du — XXXVI, 677; cancer du — XXXVI, 291; corps étrangers du — XXXVI, 290. — R. B., XXXV, 371, 780; XXXVI, 380, 774.
Phénacétine. — dans les rhumatismes, XXXVI, 509; — comme hémostatique, XXXV, 487.
Phénylhydrazine. — pour rechercher le sucre dans l'urine, XXXVI, 54, 55; emploi thérapeutique de la — XXXVI, 79.
Phényluréthane. Action du — XXXV, 77.
Phimosis. Phénomènes réflexes dus au — XXXVI, 192. — *Voy.* génitaux.
Phlegmatia. Altérations des nerfs dans la — alba, XXXV, 451.
Phlegmon. R. B., XXXV, 782.
Phloridzine. Diabète produit par la — XXXVI, 496.
Phosphaturie. R. B., XXXV, 372.
Phosphore. Action du — dans le rachitisme, XXXVI, 98.
Photographie. R. B., XXXV, 372; XXXVI, 380.
Phtisie. *Voy.* tuberculose.
Physiologie. R. B., XXXV, 372; XXXVI, 380, 774.
Physométrie. *Voy.* utérus.
Picrique (Acide). — contre l'eczéma, XXXVI, 199.
Picrotoxine. Action de la — XXXV, 83.
Pied. Chirurgie conservatrice dans la tuberculose du — XXXV, 273; du — plat, son traitement, XXXV, 271. — R. B., XXXV, 372, 780; XXXVI, 380, 774.
Pied bot. Etiologie et traitement du — XXXVI, 663, 664; — phlébitique, XXXVI, 664; traitement du — XXXV, 271; arthrodèse pour — XXXVI, 273.
Pigment, ation. Origine du — XXXVI, 5; étude du — XXXV, 454; — spécial des cadavres, XXXV, 455; de l'hémochromatose, XXXV, 455; — produite par l'arsenic, XXXV, 217; urticaire — XXXVI, 200; syphilis — XXXV, 587. — R. B., XXXVI, 381.
Pituri. Du — XXXVI, 501.
Pityriasis. Du — rubra, XXXV, 576; XXXVI, 201, 588. — R. B., XXXV, 372, 780; XXXVI, 381, 775.
Placenta. Structure et développement du — XXXVI, 14, 21; des vaisseaux utéro — XXXVI, 14; le — des rongeurs, XXXV, 17; XXXVI, 430; anatomie du — dans la grossesse extra-utérine, XXXV, 202; étiologie du — prævia, XXXV, 558; mécanisme du décollement du — XXXV, 198; des causes de rétention du — XXXV, 195; traitement de la rétention — XXXV, 196; rétention — XXXVI, 172; adhérences anormales du — XXXVI, 172. — R. B., XXXV, 372, 780; XXXVI, 381, 775.
Plaies. — du cœur, XXXV, 60; — par empalement, XXXVI, 232; — infectée par le bactérium coli, XXXV, 618; traitement des — tuberculeuses, XXXV, 256; laparotomie dans les — de l'abdomen, XXXV, 613, 614; XXXVI, 642. — R. B., XXXV, 373, 780; XXXVI, 381, 775.
Plaies par armes à feu. Accidents du séjour de projectiles dans les tissus, XXXV, 612; balles restées dans les tissus, XXXV, 642; effets des projectiles de fusils de petit calibre, XXXVI, 708; — de la tête, XXXVI, 615; traitement des — de l'intestin et du mésentère, XXXV, 613; — de l'abdomen, de l'estomac et des intestins, XXXVI, 642.
Plâtrage. Le — des vins, XXXVI, 106.

Pleurésie. Statistique de — primitives, XXXV, 526; rapports de la — et de la tuberculose, XXXV, 161; — métapneumonique, XXXV, 156; du stade roséolique de la syphilis, XXXVI, 595; épanchements — dans les kystes de l'ovaire, XXXV, 550; examen bactériologique des — purulentes, XXXVI, 539; bacille de Friedländer dans la — purulente, XXXVI, 539; variétés d'empyème, XXXV, 526; abcès cérébraux suite d'empyème, XXXVI, 539; traitement des — séro-fibrineuses, XXXV, 96; pleurotomie dans les — métapneumoniques, XXXV, 499; pleurotomie postérieure, XXXV, 618; traitement de l'empyème, XXXV, 156, 618; traitement de la — purulente, XXXVI, 539.
Pleurotomie. *Voy.* empyème, plèvre.
Plèvre. Hernie de la— XXXV, 565; perforation de la — par un abcès périthyphlique, XXXV, 55; abcès rétro-péritonéal par rupture d'un épanchement — suppuré, XXXVI, 255; kyste hydatique de la — XXXV, 544; irrigation continue de la — XXXVI, 89; résection de la — pour un ostéochondrome, XXXV, 276. — R. B., XXXV, 373, 781; XXXVI, 381, 775.
Plomb. Présence du — dans les urines, XXXV, 494; empoisonnement par l'acétate de — XXXV, 493.
Plumage. Influence de l'ingestion de matières colorantes sur le — des oiseaux, XXXV, 440.
Pneumaturie. Obs. de — XXXVI, 557.
Pneumoconiose. — anthracosique, XXXV, 455.
Pneumogastrique. Anatomie et physiologie du — XXXV, 402; effets cardiaques des excitations centrifuges du — XXXV, 30; fibres cardiaques et respiratoires du — XXXV, 28; action du — sur le cœur, XXXVI, 435; effets de la section des — XXXVI, 30; action du — sur la sécrétion urinaire, XXXV, 36; névrite ascendante du — XXXVI, 542.
Pneumonie. Mortalité de la — XXXVI, 537; — des vieillards, XXXVI, 537; étiologie de la — XXXV, 156; XXXVI, 135; — congénitale, XXXVI, 186; — dans l'enfance, XXXVI, 186; anomalies du type fébrile dans la — XXXV, 525; — contagieuses, XXXV, 525; toxicité de l'urine dans la — XXXVI, 457; amygdalite due au virus — XXXV, 690; parotidite dans la — XXXVI, 537; adénopathie trachéo-bronchique dans la — XXXVI, 537; polynévrite au cours d'une — XXXV, 518; de la paralysie — XXXV, 156; pleurésies méta — XXXV, 156; endocardite ulcéreuse par le diplococcus — XXXV, 531; péricardite par le bacille — XXXV, 69; arthropathies dans le cours de la — XXXV, 68; zona ophtalmique dans la — XXXVI, 235; — de la rougeole et de la coqueluche, XXXV, 563; traitement de la — par la vessie de glace, XXXVI, 507; pleurotomie dans les pleurésies méta — XXXV, 499.
Pneumothorax. Composition des gaz du — XXXV, 447; pression des gaz dans le — XXXVI, 538; — survenue dans un accès d'asthme, XXXVI, 539; pyo — sous-diaphragmatique, XXXV, 157; traitement du — tuberculeux, XXXVI, 89.
Pneumotomie. Obs. de — XXXV, 157.
Poids. Du — poids des enfants, XXXV, 561.
Poil. De la kératose — XXXVI, 206; de la folliculite bactérienne, XXXV, 580; traitement de l'hypertrichose, XXXV, 214; trichomycose nodulaire, XXXV, 214, 215. — R. B., XXXV, 375; XXXVI, 381, 775.
Poisson. Développement des — osseux, XXXV, 9; — venimeux, XXXV, 490.
Polypes. — du rectum, XXXV, 617; — de l'urètre, XXXV, 625. — *Voy.* organes divers, utérus.
Polyurie. *Voy.* urine.
Porencéphalie. *Voy.* cerveau.
Potassium. Action des sels de — XXXVI, 76.
Pouls. Recherches sur le — XXXVI, 33, 437; — veineux physiologique, XXXVI, 438; — visible dans les artères de la rétine, XXXV, 675; — veineux périphérique, XXXV, 531; inégalités du — dans les lésions de l'aorte, XXXVI, 534.
Poumon. Lobe — accessoire, XXXV, 459; signification du râle crépitant, XXXV, 152; rapports de l'inflammation — avec l'étranglement herniaire, XXXV, 280; œdème aigu — XXXVI, 480; œdème aigu du — dans les lésions de l'aorte, XXXVI 536; mouvements du thorax et des — dans les maladies du — XXXV, 152; la digestion gastrique au cours des maladies — XXXV, 535; abcès et gangrène du — traités par l'incision, XXXV, 157; actinomycose — XXXV, 154; hydatide — XXXV, 154; sarcome — XXXV, 154, cocillana dans les affections — XXXV, 96. — R. B., XXXV, 373, 781; XXXVI, 382, 776.
Présentation. *Voy.* accouchement.
Pression. Putréfaction sous les hautes — XXXV, 249; — artérielle dans l'épilepsie, XXXV, 231. — R. B., XXXV, 375.
Prostate. Anatomie de la — XXXV, 418; traitement de l'hypertrophie — XXXV, 309; traitement de la rétention d'urine dans l'hypertrophie — XXXV, 620; ablation des tumeurs de la — XXXV, 620 — R. B., XXXV, 375, 782; XXXVI, 382, 776.
Prurigo. Anatomie du — XXXVI, 202. — variété étiologique de — XXXVI, 589. R. B., XXXVI, 382.
Prurit. R. B., XXXVI, 777.
Psilosis. R. B., XXXVI, 777.
Psoriasis. Eruption — forme contagieuse, XXXV, 208; — et papillome du nez, XXXV, 700; traitement du — XXXVI, 589; iodure à hautes doses dans le — XXXVI, 203; traitement du — par l'hydroxylamine, XXXV, 583; — traité par l'hydracétine, XXXV, 100. — R. B., XXXV, 375, 782; XXXVI, 382, 777.
Psorospermose. Des — XXXV, 575; — folliculaire, XXXV, 575; — cutanée, XXXV, 575; maladie — XXXVI, 472, 585, 586. — R. B., XXXVI, 777.

Psychologie. R. B., XXXVI, 777.
Psychoses. Temqérature du cerveau dans les états — XXXV, 233; de l'infection XXXV, 239; albuminurie et propeptonurie dans les — XXXV, 241; de la cécité — XXXV, 511; — menstruelles, XXXVI, 599; — suite de grippe, XXXVI, 599; perception inconsciente, XXXVI, 599; affaiblissement primitif de la mémoire, XXXV, 238; — séniles. XXXV, 237; affections — au cours de la néphrite chronique, XXXVI, 146; troubles et aliénations — dans le goitre exophtalmique, XXXVI, 601, 602; myxœdème et — XXXVI, 229.— R.B., XXXV, 375, 782; XXXVI, 382, 777.
Ptomaïnes. Les — et les maladies infectieuses, XXXV, 40; nouvelle — de putréfaction, XXXVI, 485; empoisonnement par les — XXXVI, 86. — R. B., XXXV, 375; XXXVI, 382, 778.
Puerpéral. Etat du muscle utérin—XXXV, 191; étiologie de la fièvre — XXXVI, 490; présence du sucre dans l'urine pendant les suites de couches, XXXV, 440; névrite — XXXVI, 524; endocardite — XXXV, 553; tétanos — XXXV, 554; peptonurie — XXXV, 555; suppuration des symphyses du bassin dans l'état — XXXV, 557. — R. B., XXXV, 375, 782; XXXVI, 383, 778.
Pupille. *Voy.* iris.
Purpura. Etiologie du — XXXVI, 75; bacille du — XXXVI, 75; — névropathique, XXXV, 580. — R. B., XXXV, 376, 783; XXXVI, 383, 778.
Pus. La maladie pyocyanique, XXXV, 62; XXXVI, 489; origine du sérum du — XXXV, 450; la fonte — est-elle due à un obstacle à la coagulation de la fibrine, XXXV, 450.
Putréfaction. Marche de la — XXXVI, 610; — sous les hautes pressions, XXXV, 249; influence des médicaments sur la — intestinale, XXXV, 74.
Pylore. *Voy.* estomac.
Pyocyanique. Sur le microbe — XXXVI, 62; fonctions chromogènes du bacille — XXXVI, 489; maladie — XXXV, 62. — *Voy.* bactérie.
Pyohémie. Ablation des thrombus — des sinus latéraux, XXXVI, 618; traitement de la — suite d'otite suppurée, XXXVI, 697; — ombilicale, XXXV, 569. — R. B., XXXV, 376, 783; XXXVI, 383.
Pyrodine. Action de la — XXXV, 485, 486; XXXVI, 79.

Q

Quinine. Fièvre ictéro-hématurique d'origine — XXXV, 543; cécité — XXXV, 683; injection de — dans le paludisme, XXXVI, 94. — R. B., XXXVI, 383, 778.

R

Rachis. Terminaison du sac dural dans le canal — XXXVI, 3; rapports des nerfs spinaux et des apophyses épineuses des vertèbres — XXXV, 403; rôle des parois thoraciques et abdominales au point de vue des courbures du — XXXVI, 622; le — typhoïde, XXXVI, 622; des déviations du — par obstruction nasale, XXXVI, 293; des déviations du — dans leurs rapports avec la névropathie héréditaire, XXXVI, 224; scoliose sciatique, XXXVI, 628; résections costales dans la scoliose, XXXV, 647; suspension latérale dans la scoliose, XXXV, 647; enchondrome du — XXXV, 647; syphilis — XXXV, 221; luxation de la colonne cervicale, XXXVI, 271; luxation et fracture de la 7e cervicale, XXXVI, 622; trépanation du — XXXVI, 622, 625; résection du — XXXV, 259; quand faut-il ouvrir les abcès — tuberculeux? XXXV, 647; résection du — dans les cas de paralysie par carie, XXXV, 647. — R. B., XXXV, 376, 783; XXXVI, 383, 778.
Rachitisme. Composition des cendres des organes dans le — XXXVI, 49; de l'achondroplasie, XXXVI, 577; action du phosphore dans le — XXXVI, 98. — R. B., XXXV, 376, 783; XXXVI, 384.
Rage. Lésions de la — XXXV, 478; à quel moment le virus — apparaît-il dans la bave? XXXVI, 71; virulence des capsules surrénales dans la — XXXVI, 71; utilité du diagnostic expérimental de la — en médecine légale, XXXVI, 611; vaccination contre la — avant et après infection, XXXV, 477; durée de l'immunité contre la — XXXV, 477; virulence des dilutions de bulbe — XXXV, 477; vaccinations anti — XXXVI, 70;— tanacétique, XXXV, 489. — R. P., XXXV, 376, 783; XXXVI, 384, 779.
Rate. Structure et fonctions de la — XXXV, 415; rôle de la — dans les maladies infectieuses, XXXV, 473; souffle splénique dans certaines maladies de la — XXXV, 166; tuméfaction aiguë de la — XXXVI, 148; extirpation de la — XXXV, 611. — R. B., XXXV, 377, 783; XXXVI, 384, 779.
Rectum. Absence du — XXXVI, 192; malformations du — XXXV, 616; syphilis — XXXVI, 215; tumeur villeuse du — XXXV, 288; déchirure du — par le ballon de Petersen, XXXV, 306; du rétrécissement dysentérique du — XXXV, 288; traitement des rétrécissements du — par l'électrolyse, XXXV, 288; prolapsus du — par polypes multiples, XXXV, 617; traitement du prolapsus — XXXV, 616; XXVI, 652; de la colopexie pour le prolapsus — XXXV, 288; opérations du cancer — XXXVI, 654; de la — otomie, XXXV, 288; de l'extirpation du—XXXV,

616. — R. B., XXXV, 377, 783; XXXVI, 384, 779.
Réflexe. Etude du — XXXVI, 434; — conjonctivaux et cornéens, XXXV, 659; état des — dans les myélites transverses, XXXVI, 520; — dans les traumatismes de la moelle, XXXVI, 520; des — rotuliens et du pied dans le paludisme, XXXVI, 152; phénomènes réflexes dus au phimosis, XXXVI, 192. — R. B., XXXV, 377; XXXVI, 384, 781.
Rein. Innervation des vaisseaux du — XXXVI, 450; action du chloral sur le — XXXV, 77; action du zinc sur les — XXXVI, 78; origine des produits inflammatoires du — dans le mal de Bright, XXXV, 543; auto-intoxication d'origine — XXXVI, 482; élimination de poisons morbides par les — XXXVI, 484; fausse imperméabilité de certains — brightiques, XXXVI, 146; pathogénie des périnéphrites de cause — XXXVI, 146; mal de Bright chez les femmes enceintes, XXXVI, 553; — des phtisiques, XXXVI, 553; lésions du — dans l'empoisonnement par le sublimé, XXXVI, 504; — tuberculeux, XXXV, 297; traitement diététique du mal de Bright, XXXV, 501; l'évolution du — kystique, XXXV, 297; maladies chirurgicales des — XXXV, 296; incisions chirurgicales du — XXXVI, 667; expériences sur la chirurgie du — XXXVI, 667; la capsule adipeuse du — au point de vue chirurgical, XXXVI, 668; traumatismes du — XXXVI, 274; déchirure du — XXXV, 297; blessures sous-cutanées du — XXXV, 297; des opérations sur les — XXXV, 620; obs. de néphrectomie et néphrotomie, XXXV, 621; obs. de — mobile, XXXV, 297; XXXVI, 542; ablation d'un — flottant et d'un foie mobile, XXXV, 297; néphrorraphie pour — mobiles, XXXVI, 668; obs. de néphrorraphie, XXXV, 297, 621; résultats des opérations de néphrorraphie, XXXV, 297; division de la capsule — pour la guérison d'une néphralgie, XXXV, 621; néphrectomie pour néphralgie hématurique, XXXV, 297; anurie calculeuse, XXXVI, 553; néphrectomie pour hydronéphrose chez l'enfant, XXXVI, 193; pyonéphrose avec abcès périnéphrétique indépendant, XXXV, 297; traitement des pyonéphroses, XXXVI, 671; dégénérescence polikystique du — XXXVI, 668; néphrectomie pour kyste — XXXVI, 668; néphrectomie pour sarcome, XXXVI, 668; l'ablation des — pour tumeurs malignes, XXXV, 297; obs. de néphrectomie, XXXV, 297. — R. B., XXXV, 377, 784; XXXVI, 384, 779.
Résection. — nerveuses, XXXVI, 629; — du pylore, XXXV, 292; XXXVI, 640; — de l'estomac, XXXV, 605; XXXVI, 640; — de l'intestin, XXXVI, 259; taille avec — du pubis, XXXV, 306; — temporaire du crâne, XXXV, 535; — du rachis, XXXV, 259; autoplastie de la bouche après — du maxillaire, XXXV, 656; — temporaire du maxillaire inférieur, XXXV, 260; — totale des os de la face, XXXV, 655; des — pour tuberculose, XXXV, 628; — des côtes et de la plèvre pour un ostéochondrome, XXXV, 276; — costale dans la scoliose, XXXV, 647; — du poignet, XXXV, 631; — de l'os iliaque, XXXV, 631; — de la hanche, XXXV, 631; de la — du genou, XXXV, 275, 631; résultats de la — du genou, XXXVI, 662; des — tibio-tarsiennes, XXXV, 273, 632. — R. B., XXXV, 379, 785; XXXVI, 385, 781.
Résorcine. La — comme antiémétique, XXXVI, 98.
Respiration. La — pulmonaire, XXXVI, 439; cause du premier mouvement — XXXV, 28; influence du degré de réplétion de l'abdomen sur la — XXXV, 28; importance du cerveau moyen pour la — XXXV, 27; influence de la — sur la circulation, XXXVI, 31; variations — du rythme du cœur, XXXV, 426; rapports de la — et de la circulation après la section de la moelle, XXXV, 423; rapports entre la production de force musculaire et le mécanisme de la — XXXV, 34; mouvements — du diaphragme, XXXVI, 43; mouvements — chez les fœtus abortifs et chez les fœtus asphyxiés, XXXVI, 169; apnée physiologique des nouveau-nés, XXXV, 553; action toxique de l'air expiré, XXXVI, 60; étude de l'air expiré par les malades, XXXV, 470; influence des anesthésiques sur la — XXXV, 30; des combustions — XXXV, 30; de l'apnée expérimentale, XXXV, 31; théories de la — de Cheyne Stokes, XXXVI, 534; phénomènes chimiques de la — chez les tuberculeux, XXXV, 446; variations du rythme — chez les diphtéritiques à la suite des inhalations d'oxygène, XXXV, 97. — R. B., XXXV, 379, 785; XXXVI, 385, 781.
Rétine. Aire centrale de la — XXXVI, 424; anastomoses des vaisseaux ciliaires avec ceux de la — XXXV, 671; de l'hyaloïde et de la zone de Zinn, XXXV, 11; du repos de la — XXXV, 676; excitations intermittentes de la — XXXV, 679; sens de la lumière à la périphérie de la — XXXV, 658; importance de la netteté des images — pour la vision binoculaire, XXXV, 659; pouls visible dans les artères de la — XXXV, 675; dégénérescence du centre — chez les vieillards, XXXV, 675; altération de la — dans la phtisie oculaire, XXXVI, 283; anévrisme de l'artère centrale de la — XXXV, 680; des affections de la tache jaune — XXXV, 676; du décollement — et son traitement, XXXV, 676, 677, 678; traitement du décollement — XXXVI, 284; corps étrangers enkystés de la — XXXV, 681. — R. B., XXXV, 785; XXXVI, 386, 781.
Rétinite. — proliférante, XXXVI. 283; neuro — monoculaire, XXXV, 679; — choroïdite par traumatisme, XXXVI, 283.
Rétrécissement. — congénital de l'aorte, XXXV, 528; — hystériques de la trachée, XXXVI, 297; — syphilitique du

larynx, XXXV, 711; traitement des — de l'œsophage, XXXVI, 247, 252; traitement du — pylorique, XXXV, 292; — tuberculeux de l'intestin, XXXVI, 472; — dysentérique du rectum, XXXV, 288; traitement des — du rectum, XXXV, 288.
Revue générale. La grippe en 1889-90, XXXVI. 303.
Rhinite. — fibrineuse, XXXVI, 680.
Rhinolithe. *Voy.* nez.
Rhinosclérome. Du — XXXV, 700; XXXVI, 292.
Rhinoscopie. *Voy.* nez.
Rhubarbe. Exanthème par la — XXXV, 216.
Rhumatisme. Etude des — XXXVI, 156; angine — XXXVI, 289; amygdalite et — XXXV, 690; nodosités — sous-cutanées, XXXVI, 589; péliose — XXXV, 214; rapports de la chorée et du — XXXVI, 530; pseudo — diphtéritique, XXXV, 568; phénacétine dans les — XXXVI, 509. — R. B., XXXV, 380, 785; XXXVI, 386, 781.
Ricine. Effets de la — XXXV, 483.
Roséole. De la — XXXVI, 184. — R. B., XXXV, 380, 785; XXXVI, 782.
Rotule. *Voy.* os.
Rougeole. Récidives de la — XXXV, 564; streptocoques dans la — XXXVI, 489; pneumonie de la — XXXV, 563. — R.B., XXXV, 380, 786; XXXVI, 386, 782.
Rouget. R. B., XXXV, 380.
Rubéole. De la — XXXVI, 184. — R. B., XXXVI, 782.
Rupture. — de l'aorte, XXXV, 126; du duodénum, XXXVI, 255; — de l'utérus gravide, XXXVI, 173; — du ligament rotulien, XXXV, 311; — du tendon du triceps fémoral, XXXV, 311.

S

Saccharine. Usage de la — dans l'alimentation, XXXV, 489; emploi de la — XXXVI, 499.
Sacrum. Accès aux organes pelviens par la voie — XXXV, 311; XXXVI, 654.
Salamandre. Le venin de la — XXXV, 85.
Salicylique. Action de la — et de ses sels de soude, XXXVI, 77; action de l'— sur la contractilité musculaire, XXXVI, 77; action du dithio — de soude, XXXV, 79; élimination de l'— XXXV, 79; — de soude comme cholagogue, XXXVI, 91; action de l'— sur l'utérus, XXXVI, 91; cause d'hémorragies, XXXV, 489; — dans le diabète, XXXVI, 508; — contre la chorée, XXXVI, 508.
Salivaire, ive. Etude des glandes — XXXVI, 445; la sécrétion — XXXVI, 445; influence de la zone corticale sur la sécrétion — XXXV, 25; la quantité de sels de la — XXXV, 431; l'activité de la — ne dépend pas des micro-organismes, XXXV, 432; formation d'acides nitreux et nitrique dans la — XXXVI, 47; nerf des glandes — XXXV, 25; innervation de la glande sous-maxillaire, XXXV, 431; mucine de la glande sous-maxillaire, XXXV, 44; altérations de la glande sous-maxillaire par lithiase — XXXVI, 246; réaction de la — sur le calomel comme diagnostic de l'intoxication iodoformique, XXXVI, 208; tumeurs des glandules — de la bouche, XXXV, 601. — R. B., XXXV, 380; XXXVI, 386, 782.
Salol. Valeur du — pour le diagnostic des gastropathies, XXXVI, 137; valeur du — pour le diagnostic de l'insuffisance motrice de l'estomac, XXXV, 535; traitement des angines par le — XXXVI, 290; traitement de la blennorragie par le — XXXVI, 221.
Salpingite. *Voy.* utérus.
Sang. Composition et formation du — XXXVI, 404, 405; composition du — dans divers vaisseaux, XXXVI, 32; préexistence des hématoblastes et nombre des leucocytes dans le — XXXV, 406; richesse du — en globules blancs et rouges, XXXV, 407; numération des globules — chez les enfants, XXXV, 561; de l'hémochromatose, XXXV, 455; régénération et hyperplasie des leucocytes, XXXV, 429; du spectre d'absorption du — XXXV, 27; lécithine et cholestérine des globules rouges du — XXXVI, 455; matière colorante du — XXXVI, 454; XXXV, 38; la myohématine, XXXV, 39; préparation de l'oxyhémoglobine, XXXVI, 46; loi de dissociation de l'oxyhémoglobine, XXXVI, 33; contenu du — en hémoglobine après l'administration des antipyrétiques, XXXV, 481; déformation des globules rouges — par la chaleur, XXXVI, 478; la coagulation du — XXXVI, 438; les matières solubles toxiques dans le — XXXV, 64; action microbicide et antiseptique du sérum — XXXV, 67, 469; toxicité du sérum du — XXXV, 469; la concentration du — comme condition d'excitation du système nerveux, XXXVI, 433; le — et ses altérations anatomiques, XXXV, 120; alcalescence du — dans les maladies, XXXV, 39; leucomaïnes du — XXXV, 40; hématimétrie de l'Européen dans les pays chauds, XXXVI, 550; contractilité des globules et des pseudo-parasites du — dans l'anémie, XXXVI, 130; l'hypo-hématose, XXXV, 167; rapports de l'imprégnation de l'utérus avec le nombre des globules blancs du — de cet organe, XXXVI, 170; altérations cadavériques du — XXXV, 250; recherche du — en médecine légale, XXXV, 250; étude spectrophotométrique du — oxycarboné, XXXVI, 612. — R. B., XXXV, 361, 786; XXXVI, 386, 782.
Santonine. Empoisonnement par la — XXXVI, 84.
Sarcome. Des métastases du — XXXVI, 471; — multiple, XXXV, 213; coexistence de fibromes et de — XXXVI, 198; envahissement des veines par un — XXXV, 51; — de l'iris, XXXV, 671; — de l'amygdale, XXXV, 690; — de la thy-

roïde, XXXVI, 244; — du poumon, XXXV, 154; — kystique de l'intestin, XXXV, 612; — de l'aine, XXXVI, 191; traitement des — myélogènes, XXXVI, 269. — R. B., XXXV, 381, 786; XXXVI, 387.
Sacrum. Tumeur congénitale du — XXXV, 458.
Saturnisme. Lésions du — XXXVI, 503; paralysie spinale — XXXVI, 504; encéphalopathie — XXXV, 86; de l'intoxication — XXXV, 494; présence du plomb dans les urines, XXXV, 494; — causé par une balle dans les tissus, XXXV, 85. — R. B, XXXV, 381; XXXVI, 387, 783.
Satyriasis. — causé par un varicocèle, XXXV, 239.
Scarlatine. Angine — pseudo-diphtéritique, XXXVI, 674; néphrites — XXXVI, 465. — R. B., XXXV, 381, 787; XXXVI, 387, 783.
Sclérodermie. — semi-annulaire, XXXV, 211; — avec hémiatrophie faciale, XXXV, 211; — gangreneuse, XXXVI, 198; lésions musculaires dans la — XXXVI, 592; viciation du bassin suite de — XXXV, 193; obs. de — XXXV, 578; massage dans la — XXXV, 578. — R. B., XXXV, 381, 787; XXXVI, 387, 783.
Sclérose. Les — cardiaques, XXXVI, 130; atrophie des nerfs optiques dans la — des cordons postérieurs, XXXV, 682; anomalies des mouvements oculaires dans la — en plaques, XXXV, 685; — en plaques, cérébro-spinale, XXXV, 518; troubles oculaires dans la — en plaques, XXXV, 519; — latérale amyotrophique, XXXV, 519.
Scoliose. — suite de sciatique, XXXVI, 628; suspension dans le traitement de la — XXXV, 647; résection costale dans la — XXXV, 647. — *Voy.* rachis.
Scorbut. Etiologie du — XXXVI, 134. — R. B., XXXVI, 783.
Scrofule. R. B., XXXV, 381, 787; XXXVI, 387, 783.
Sécrétion. R. B., XXXVI, 783.
Seigle. Action du — sur la moelle, XXXVI, 81; action du — ergoté dans la grossesse, XXXV, 558; injections d'ergotinine dans la paralysie générale, XXXVI, 603.
Séméiologie. Manuel de — XXXVI, 113.
Sens. R. B., XXXV, 787.
Sensibilité. Transmission de la — à travers les nerfs de mouvement, XXXV, 23.
Septicémie. Etat du foie dans la — utérine, XXXVI, 137. — R. B., XXXV, 382, 787.
Séreuse. R. B., XXXVI, 387.
Serpent. R. B., XXXV, 382, 787; XXXVI, 387.
Sérum. *Voy.* sang.
Sexe. Hypertrophie compensatrice des glandes — XXXVI, 481.
Sodium. Action des sels de — XXXVI, 76.
Solvine. Effets de quelques — XXXV, 483.
Sommeil. Anesthésie pendant le — XXXVI, 607; traitement de l'insomnie, XXXV, 98. — R. B., XXXV, 382, 787; XXXVI, 387, 783.
Somnal. Action du — XXXVI, 78.
Souffle. — splénique dans certaines maladies de la rate, XXXV, 166; — ombilical et utérin, XXXV, 191. *Voy.* cœur.
Spectre. — d'absorption du sang, XXXV, 27. — R. B., XXXVI, 784.
Spina-bifida. R. B., XXXVI, 387, 784.
Splénectomie. *Voy.* rate.
Staphylocoque. *Voy.* bactérie.
Stérilité. — d'origine syphilitique, XXXVI, 216.
Stomatite. De la — urémique, XXXVI, 152. *Voy.* bouche.
Strabisme. Paralysie de la convergence, XXXV, 684; traitement du — XXXVI, 278. — R. B., XXXV, 382, 787; XXXVI, 387, 784.
Strophantus, ine. Action anesthésique de la — XXXV, 487; XXXVI, 84; emploi du — chez les enfants, XXXV, 504.
Strychnine. Action de la — XXXV, 83; XXXVI, 494; empoisonnement par la — XXXV, 88.
Sublimé. *Voy.* mercure.
Submersion. *Voy.* médecine légale.
Succinique (Acide). Toxicité de l'— XXXV, 490.
Sucrase. Dosage de la — XXXVI, 61.
Sucre. — du cerveau, XXXV, 49; action du — sur la virulence du staphylococcus albus, XXXV, 475; — normal dans les urines, XXXV, 42; dosage du — dans l'urine, XXXVI, 53, 54, 55; présence du — dans l'urine pendant la grossesse et les suites de couches, XXXV, 440; les — comme diurétiques, XXXV, 500; diurèse produite par les — XXXVI, 43; action diurétique du — de lait, XXXVI, 95; pansement au — XXXVI, 614. — R. B., XXXV, 382, 787; XXXVI, 388, 784.
Sueur. La perspiration insensible, XXXVI, 451; élimination d'azote par la — XXXVI, 452; traitement de la — des pieds, XXXVI, 703; acide camphorique contre les — des phtisiques, XXXV, 499. — R. B., XXXV, 382, 787; XXXVI, 388.
Suicide. — en France, XXXVI, 607.
Sulfonal. Action du — XXXVI, 500; effets du — XXXVI, 96; — dans la chorée, XXXVI, 97; éruption par le — XXXVI, 208; empoisonnement par le — XXXV, 492.
Sulforicinique (Acide). De l'— XXXVI, 78.
Sulfure de carbone. Névrite par le — XXXVI, 524; amblyopie due au — de carbone, XXXV, 686.
Suppuration. Pathogénie de la — XXXV, 450; XXXVI, 62. — R. B., XXXV, 382, 787; XXXVI, 388, 784.
Sureau. Action du — XXXVI, 495.
Surdi-mutité. — et méningite, XXXVI, 697. — R.B., XXXV, 382, 788; XXXVI, 388, 784.
Suspension. — dans les maladies du système nerveux, XXXVI, 98; — latérale dans la scoliose, XXXV, 647; traitement de l'ataxie par la — XXXV, 505; XXXVI, 54; traitement des maladies de la moelle par la — XXXV, 505; XXXVI, 511.

Symblépharon *Voy.* paupière.
Sympathique. Structure du — XXXVI, 402; centres vaso-moteurs réflexes dans les ganglions du—XXXV,425; action du — sur la sécrétion urinaire, XXXV, 36.
Sycosis. Traitement du — XXXV, 215. — *Voy.* teigne.
Synoviale. Un repli de la — de la hanche, XXXV, 410. — R. B., XXXV, 383.
Syringomyélie. De la — XXXV, 144; XXXVI, 118, 522. — *Voy.* moelle.
Syphilis. — et santé publique, XXXVI, 217; la — à Nîmes, XXXV, 217; les médecins — doivent-ils continuer l'exercice de leur profession, XXXV, 584; échéances du tertiarisme, XXXVI, 210; stérilité d'origine — XXXVI, 216; le sort des enfants atteints de — congénitale, XXXVI, 209; — héréditaire, XXXVI, 593; récidive de certaines lésions — XXXVI, 594; variations de l'hémoglobine dans la — XXXV,584; diagnostic de la — pendant l'incubation, XXXV, 218; — des nourrices, XXXVI, 606; — à lésions rares, XXXV, 586; de l'alopécie — XXXV, 584; — pigmentaire, XXXV, 587; XXXVI, 594; — ide simulant le lupus, XXXVI, 214; rapports de la — et de la paralysie générale, XXXV, 219; XXXVI, 227; — cérébrale, XXXV, 584; — cérébro-spinale congénitale,XXXV,218; ataxie—XXXVI, 595; — médullaire, XXXV, 584; — médullaire précoce, XXXVI, 211; méningite — XXXVI,211; folie et paralysie générale — XXXVI, 211; — du cœur, XXXV, 586; anévrisme de l'aorte — XXXVI, 212; artériopathies — XXXVI, 212; angine de poitrine — XXXVI, 212; — laryngée héréditaire,XXXV,711; accidents laryngés de la — héréditaire tardive, XXXVI, 691; — laryngée, XXXVI, 692; — des voies respiratoires, XXXVI, 595; pleurésie du stade roséolique de la — XXXVI, 595; gommes — de l'isthme du gosier, XXXV, 220; — héréditaire tardive pharyngée, XXXV, 588; hémiatrophie linguale — XXXVI, 214; — nasale, XXXV, 702; peptonurie dans la — XXXVI, 595; polyurie — XXXVI, 596; dilatation de l'estomac chez les — XXXVI, 215; lésions du foie dans la — héréditaire, XXXVI, 209; — vaginale, XXXV, 587; — du méat urinaire,XXXV, 587; fistules urétrales consécutives à la — XXXVI, 219; — rectale, XXXVI, 215; — de l'utérus, XXXVI, 216; — vertébrale, XXXV, 221; mal de Pott — XXXV, 221; extirpation du chancre XXXVI, 596; traitement de la — XXXV, 222, 588; injections mercurielles dans la — XXXV, 223, 588, 589; XXXVI, 218, 597; traitement de la — par le sparadrap au calomel, XXXVI, 218; iodol dans le traitement de la — XXXVI, 596; tolérance des iodures dans la — XXXVI, 598; traitement de la — par l'iodure à hautes doses, XXXV, 588. — R. B., XXXV, 383, 788; XXXVI, 388, 784.

T

Tabac. Effets de la fumée de — sur les viandes,XXXVI,105; hystérie — XXXVI, 527. — R. B., XXXV, 384, 789; XXXVI, 389, 786.
Tachycardie. *Voy.* cœur.
Tænia. R. B., XXXV, 384, 789; XXXVI, 389, 786.
Taille. Comparaison de la — de la lithotritie et de la litholapaxie, XXXV, 306; — avec résection du pubis, XXXV, 306; de la — sus-pubienne, XXXV, 306; — hypogastrique avec symphyséotomie, XXXV, 306; obs. de — XXXV, 306; déchirure du rectum dans la — XXXV, 306. — *Voy.* vessie.
Tanaisie. Rage — XXXV, 489.
Tanin. Idiosyncrasie pour le — XXXVI, 83.
Tartrique (Acide).Toxicité de l'acide pyro- — XXXV, 490.
Teigne. Traitement de la — tondante, XXXVI, 204, 591. — R. B., XXXV, 384, 789; XXXVI, 389, 786.
Téléphone. Le — et les affections de l'oreille, XXXV, 714.
Température. Régulation de la — chez l'homme, XXXV, 431; régulation thermique, XXXVI, 44; influence du refroidissement sur les échanges gazeux, XXXVI, 39; causes de l'exagération vespérale de la — XXXVI, 59; influence des lésions du corps strié et de la couche optique sur la — XXXV, 463; action des injections intra-veineuses d'urine sur la — XXXV, 474; de la — cérébrale à la suite des excitations sensitives, XXXV, 22; — du cerveau dans les états psychiques, XXXV, 233; l'abaissement de la — dans l'état hypnotique, XXXV, 60; influence de la — interne sur les convulsions, XXXV, 482; courbes de — insolites, XXXVI, 552; importance de la — dans la détermination des espèces microbiennes et spécialement du bacille typhique, XXXV, 476; influence de la — sur les solutions de sublimé, XXXV, 493. — R. B., XXXV, 384, 790; XXXVI, 389, 786.
Tendon. Résultats des sutures — XXXV, 634; rupture du — du triceps fémoral, XXXV, 311; rupture du ligament rotulien, XXXV, 311. — R. B., XXXV, 384, 790; XXXVI, 389, 786.
Ténotomie. — à ciel ouvert pour le torticolis, XXXV, 311.
Terpine, ol. Action de la — XXXV, 77.
Testicule. Histologie du — XXXV, 417; XXXVI, 11; le coït fécondant après la castration, XXXV, 255; traité des maladies du — XXXV, 626; hypertrophie compensatrice du — XXXVI, 481; — et nerfs spermatiques des ataxiques, XXXVI, 464. — R. B., XXXV, 385, 790; XXXVI, 390, 786.

Tétanie. De la — XXXV, 523, 524; — après la thyroïdectomie, XXXV, 601, 602. — R. B., XXXV, 385, 790; XXXVI, 390.
Tétanos. Etiologie du — XXXV, 70, 592; cultures pures de microbe—XXXV, 480; résistance des germes — aux antiseptiques, XXXVI, 74; inhalation du virus — XXXVI, 74; neutralisation du virus — XXXV, 479; immunité contre le virus — conférée expérimentalement, XXXV, 479; propriétés — igènes du sol sous diverses latitudes, XXXV, 479; — puerpéral, XXXV, 554; traitement du — par la section nerveuse, XXXV, 592; traitement du — par l'acétanilide, XXXV, 592; traitement du — par la greffe palustre, XXXV, 70. — R. B., XXXV, 385, 790; XXXVI, 390, 787.
Tête. Solution du problème de la — des vertébrés, XXXVI, 22; vaso-moteurs de la — XXXV, 428.
Thalline. Action de la — XXXV, 75; XXXVI, 498; — comme hémostatique, XXXV, 487.
Théobromine. De la — XXXVI. 494.
Thérapeutique. Leçons de — XXXVI, 87; — clinique, XXXVI, 88; influence de quelques médicaments sur la digestion et la putréfaction intestinale, XXXV, 74. — R. B., XXXV, 386, 791; XXXVI, 390, 787.
Thorax. De la forme du — XXXV, 34; formation de la cloison — abdominale, XXXVI, 10; mouvements du — dans les maladies du poumon, XXXV, 152; des déformations — XXXVI, 293; kyste dermoïde de la paroi — communiquant avec une bronche, XXXV, 157. — R. B., XXXV, 387, 791; XXXVI, 391, 788.
Thrombose. — de l'artère vertébrale comprimant le nerf glosso-pharyngien, XXXVI, 512; — du sinus latéral d'origine auriculaire, XXXV, 718; — du sinus caverneux, XXXV, 140; — de l'artère poplitée, XXXVI, 632; — artérielle, XXXV, 50; — veineuse, XXXV, 50; — veineuses dans la chlorose, XXXVI, 131; — de la veine cave inférieure, XXXVI, 536; des — dans la chlorose, XXXV, 172; ablation des — pyémiques, des sinus latéraux, XXXVI, 618. — R. B., XXXV, 387, 792; XXXVI, 391, 788.
Thymus. Mort subite par hypertrophie du — XXXVI, 580; le — et la mort subite chez les baigneurs, XXXV, 253. — R. B., XXXV, 792; XXXVI, 391.
Thyroïde. Structure du—XXXV. 12;— accessoire dans la langue, XXXV, 601; influence de l'ablation du—sur les échanges gazeux, XXXVI, 58; régénération du tissu de la — XXXV, 464; transplantation du — XXXV, 654; sarcome — XXXVI, 244; épithélioma de la —XXXV, 601; kystes du — XXXV, 262; de la — ectomie partielle, XXXV, 601; pseudo-myxœdème à la suite de — ectomie partielle, XXXV. 601; tétanie consécutive à la — ectomie, XXXV, 601, 602. — R. B., XXXV, 388, 792; XXXVI, 391, 789.
Thyroïdectomie. *Voy.* goitre, thyroïde.
Tic. *Voy.* névrose.
Torticolis. Ténotomie à ciel ouvert pour le — XXXV, 311. — R. B., XXXV, 792; XXXVI, 789.
Trachée. Physiologie de la —XXXVI, 448; possibilité d'introduire des médicaments par les injections — XXXVI, 684; occlusion des fistules — XXXVI, 684; néoformation osseuse de la — XXXVI, 685; rétrécissements hystériques de la — XXXVI, 297; mort subite par introduction de lait dans la — XXXVI, 300; syphilis de la — XXXVI, 595; épithélioma de la — XXXV, 601. — R. B. XXXV, 388, 792; XXXVI, 392, 789.
Trachéotomie. Valeur comparée de la — et de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, XXXVI, 301; — chez les phtisiques, XXXV, 710; — chez les très jeunes enfants, XXXVI, 684; troubles de la déglutition chez les — XXXVI, 301; entrée de l'air dans les veines pendant une — XXXVI, 302.
Trachome. Traitement du — XXXVI, 280.
Transfusion. Mort des lapins — avec le sang des chiens, XXXV, 60; influence de la — péritonéale sur l'évolution de la tuberculose, XXXVI, 486. — R. B., XXXVI, 790.
Traumatisme. — R. B., XXXV, 388.
Tremblement. — R. B., XXXVI, 392.
Trépanation. — pour fractures du crâne, XXXV, 257, 595, 643; XXXVI, 240, 615, 618; — pour tumeur cérébrale, XXXV, 595, 643; XXXVI, 240, 615, 618; — pour abcès du cerveau, XXXV, 257, 595, 643; XXXVI, 240, 618, 693; — pour épilepsie, XXXV, 232, 643; XXXVI, 226, 618. — pour l'aphasie, XXXV, 232; — pour hémiplégie, XXXVI, 618; — pour une actinomycose du cerveau, XXXVI, 618; — dans la paralysie générale, XXXVI, 603, 604; — de l'apophyse mastoïde, XXXV, 717; — du rachis, XXXVI. 622, 625. — R. B., XXXV, 388, 793; XXXVI, 392, 790.
Trichomycose. — nodulaire, XXXV, 214, 215.
Tricophytiase. — dermique, XXXVI, 204.
Trophiques. Troubles — de la peau dans la névrite, XXXV, 150; troubles — dans l'hystérie, XXXVI, 121, 125, 527; troubles — dans la paralysie générale, XXXVI, 228.
Tubage. — du larynx, XXXV, 713. — *Voy.* larynx.
Tubercule, ose. Recherche des bacilles — XXXVI, 485; les bacilles — dans les crachats, XXXVI, 486; nouveau bacille — du bœuf, XXXV, 67; influence de la dilution sur l'activité du virus — XXXVI, 66; influence de la dilution sur l'activité du poison — XXXVI, 487; influence de la transfusion péritonéale sur l'évolution de la — XXXVI, 486; la — zoogloéique, XXXV, 473;— zooparasitaire, XXXVI, 487;—avec aspergillus, XXXVI, 582; le lait des vaches — XXXV, 113; rapports entre la — humaine et bovine, XXXV, 113; infectiosité de la viande de vaches—XXXV, 470; virulence de la chair musculaire des vaches — XXXV, 470; propriétés infectantes du lait de vaches — XXXV, 471; transmission de la —

de la mère au fœtus, XXXV, 68; dégénérescence — des ganglions lymphatiques après inoculation de bacilles à des chiens, XXXV, 472; action des bacilles sur le poulet à l'état embryonnaire ou adulte, XXXV, 470; étude de la — XXXVI, 114; moindre fréquence de la — dans les hautes latitudes boréales, XXXVI, 101; répartition de la — en Suisse, XXXV, 113; mortalité — des religieuses prussiennes, XXXV, 113; lésions de la rétine dans la — oculaire, XXXVI, 283; — de la choroïde, XXXVI, 282; — et lupus oculaires, XXXVI, 285; de la — laryngée, XXXV, 709, 710; XXXVI, 689, 590; trachéotomie chez les — XXXV, 710; papillome et œdème — du larynx, XXXV, 712; traitement de la — du larynx, XXXVI, 690; — laryngée avec sténose, XXXVI, 296; dysphagie dans la — laryngée, XXXVI, 296; menthol dans la — laryngée, XXXVI, 297; — nasale et buccale, XXXVI, 681; ulcère — de la lèvre, XXXV, 657; phénomènes chimiques de la respiration chez les — XXXV, 446; rapports de la pleurésie et de la — XXXV, 161; curabilité de la — pulmonaire, XXXV, 161; — cutanée, XXXVI, 198, 199; lupus et — XXXV, 210; myélite — XXXVI, 117; méningite — XXXVI, 116; — infantile, XXXV, 564; fonctions de l'estomac dans la phtisie, XXXV, 539; la gastrite des — XXXV, 162; présence d'HCl dans l'estomac des — XXXV, 162; hépatite — chez les enfants, XXXV, 568; — hépatique, XXXVI, 144; rein — XXXV, 297; XXXVI, 553; traitement de la cystite — XXXVI, 672; affection — mésentérique congénitale, XXXV, 565; rétrécissements — de l'intestin, XXXVI, 472; laparotomie dans la péritonite — XXXV, 282, 255, 256, 562, 646, salpingite — XXXV, 177; faut-il pratiquer l'avortement chez les — XXXVI, 570; prophylaxie de la — XXXV, 103; XXXVI, 103; traitement antiseptique de la — XXXVI, 510; curabilité de la phtisie, XXXVI, 468; traitement de la — pulmonaire, XXXV, 92; aération par la fenêtre ouverte, XXXVI, 102, 103; traitement du pneumothorax — XXXVI, 89; injections de créosote et de gaïacol dans la — XXXVI, 90; traitement de la — par les inhalations d'air chaud, XXXV, 89, 94, 497, 498; XXXVI, 90; acides phényle propyonique et phénylacétique contre la — XXXV, 89; traitement de la — par l'acide carbonique, XXXV, 90; traitement de la — par l'acide fluorhydrique, XXXV, 90, 94; traitement de la — par le mercure iodique, XXXV, 95; traitement de la — locale par le baume du Pérou, XXXV, 96, 498; acide camphorique contre les sueurs des — XXXV, 499; formes de la — des articulations, XXXV, 68; la — articulaire est-elle héréditaire? XXXV, 628; résultat des résections pour — XXXV, 628; traitement des — osseuses et articulaires par les injections iodoformées, XXXV, 628; traitement des plaies — XXXV, 256; traitement de la — des os et des articulations par le naphtol camphré, XXXVI, 662; la chirurgie conservatrice dans la — du pied, XXXV, 273. — R. B., XXXV, 389, 793; XXXVI, 392, 790.

Tumeur. Des microbes des — malignes, XXXV, 65; toxicité des — malignes, XXXVI, 482. — R. B., XXXV, 391, 793; XXXVI, 791.

Typhlite. Laparotomie dans la — et péri — XXXV, 282; résection de l'appendice vermiculaire, XXXV, 282; traitement de la péri — XXXVI, 258; traitement chirurgical de la — et péri — XXXVI, 643, 644. — *Voy.* intestin.

Typhoïde. Etiologie de la — XXXV, 69; la — dans la garnison de Paris, XXXVI, 707; le bacille — dans le cidre, XXXV, 476; bacille — dans l'urine, XXXVI, 51; élimination des substances toxiques par l'urine dans la — XXXVI, 52; importance de la température dans la détermination du bacille — XXXV, 476; rapports entre le bacillus coli et la — XXXV, 476; lésions provoquées par le bacille — XXXVI, 67; érythèmes dans la — XXXVI, 188; angine de la — XXXV, 692; lésions laryngées dans la — XXXV, 710; méningite due au bacille — XXXV, 69; état du foie dans la — XXXVI, 144; néphrite consécutive à la — XXXVI, 146; perforation intestinale dans la — XXXVI, 150; du délire dans la — XXXVI, 151; lésions — du rachis, XXXVI, 622; traitement de la — XXXVI, 506. — R. B., XXXV, 391, 794; XXXVI, 393, 792.

Tyrosine. Transformation de chlorure de — éthylée dans l'organisme, XXXVI, 56.

Tyrotoxicon. Empoisonnement par le — XXXVI, 87.

U

Ulcère. — perforant de la cloison nasale, XXXVI, 682; — tuberculeux de la lèvre, XXXV, 657; — de l'estomac, XXXV, 162; XXXVI, 542; — de l'intestin, XXXV, 162; — du Tonkin, XXXVI, 207. — R. B., XXXV, 392, 795; XXXVI, 394, 793.

Urée. Diminution d' — dans le cancer, XXXV, 448. — R. B., XXXVI, 793.

Urémie. De la stomatite — XXXVI, 152; traitement de l' — comateuse, XXXVI, 146. — R. B., XXXV, 392, 796; XXXVI, 394.

Urétane. Présence de l' — dans l'urine, XXXVI, 458.

Uretère. Abouchements anormaux de l' — à la vulve et dans le vagin, XXXV, 180; maladies chirurgicales des — XXXV, 296; cathétérisme des — XXXV, 300. — *Voy.* rein.

Urètre, ite. Sensibilité de l' — XXXVI, 450; anatomie des organes génito-uri-

naires d'un chien hypospade, XXXV, 59; les microbes des écoulements de l' — XXXV, 228; gonococcus dans un écoulement — non blennorragique, XXXV, 228; la bulbite — XXXV, 589; modifications de l' — après la blennorragie, XXXVI, 598; syphilis du méat — XXXV, 587; — folliculaire nodulaire, XXXV, 303; — papillomateuse, XXXVI, 221; fistules — consécutives au chancre simple et à la syphilis, XXXVI, 219; opération des fistules — vaginales, XXXV, 181; angiôme de l'— XXXV, 552; polypes de l'— XXXV, 625. — R. B., XXXV, 392, 796; XXXVI, 394, 793.

Urinaires (Voies). Nerfs de l'appareil — XXXVI, 404; traité des maladies des — XXXVI, 666; réceptivité des — à l'invasion microbienne, XXXV, 624; inflammation nodulaire des — XXXV, 303. — R.B., XXXV, 393, 796; XXXVI, 395, 794.

Urine. Chimie de l'— XXXVI, 459; action du pneumogastrique et du sympathique sur la sécrétion — XXXV, 36; réaction rouge vineux de l'— XXXV, 42, 441; valeur de la diazo-réaction, XXXVI, 458; dosages de l'acide urique dans l'— XXXV, 444; détermination de l'acide urique dans l'— XXXV, 41; dosage du sucre dans l'— XXXVI, 53, 54, 55; emploi de la phénylhydrazine pour rechercher le sucre, XXXVI, 54, 55; sucre normal dans les — XXXV, 42; présence du sucre dans l'— pendant la grossesse et les suites de couches, XXXV, 440; benzamide dans l'— XXXVI, 52; présence de l'uréthane dans l'— XXXVI, 458; matières protéiques dans les — albuminuriques, XXXVI, 453; amylase de l'— XXXV, 42; présence du plomb dans les — XXXV, 494; à quel moment le mercure de l'huile grise apparaît-il dans l'— XXXV, 80; bacille typhique dans l'— XXXVI, 51; élimination des substances toxiques par l'— dans la fièvre typhoïde, XXXVI, 52; — dans l'anémie pernicieuse, XXXVI, 52; toxicité de l'— dans la pneumonie, XXXVI, 457; action des injections intraveineuses d'— sur la température, XXXV, 474; élimination rapide des médicaments par les — dans l'épilepsie, XXXV, 230; furonculose et polyurie, XXXV, 208; obs. de pneumaturie, XXXVI, 557; élimination des iodures par l'— XXXVI, 460; traitement de la rétention d'— dans l'hypertrophie prostatique, XXXV, 620; sécrétion — dans la paralysie agitante, XXXV, 441; acide paralactique dans l'— des soldats après les marches, XXXV, 441. — R. B., XXXV, 393, 796; XXXVI, 395, 794.

Urique (Acide). Détermination de l'— dans l'urine, XXXV, 41; quantité d'— dans l'urine, XXXV, 444; influence des alcalins sur l'excrétion d'— XXXV, 444; influence de l'opium sur l'excrétion d'— XXXVI, 508; éruptions dues à l'intoxication — XXXVI, 208.

Urobiline. Origine de l'— XXXVI, 457.

Urobilinurie. Valeur de l'— XXXVI, 55.

Urohématoporphyrine. Origine de l' — XXXVI, 457.

Urticaire. — pigmentaire, XXXVI, 200; — gangreneuse, XXXVI, 200. — R. B., XXXV, 393, 797; XXXVI, 794.

Utérus. Vaisseaux — placentaires, XXXVI, 14; du souffle — XXXV, 191; cloisonnement transversal du col — XXXV, 192; état du muscle — puerpéral, XXXV, 191; rapports de l'imprégnation de l'— avec le nombre des globules blancs du sang de cet organe, XXXVI, 170; causes de ménorragie, XXXVI, 161; état du foie dans la septicémie — XXXVI, 137; ligature des vaisseaux — dans l'hémorragie — XXXVI, 563; hydrastine dans l'hémorragie — XXXVI, 564; injections de caféine dans les hémorragies — XXXV, 559; action de l'acide salicylique sur l'— XXXVI, 91; action de l'antipyrine sur l'— pendant le travail, XXXV, 191; grossesse et accouchement après la trachélorraphie et l'amputation du col — XXXVI, 576; fractures intra — du fœtus, XXXV, 559; dilatation sacciforme de l'— gravide, XXXVI, 170; rupture de l'— gravide, XXXVI, 173; rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'— XXXVI, 571; physométrie non putride pendant le travail, XXXV, 199; ablation d'un — cancéreux gravide, XXXV, 185; pyométrite chez une enfant, XXXVI, 188; la métrite cervicale, XXXV, 174; le tampon-épreuve pour le diagnostic de l'endométrite, XXXV, 175; la curette dans l'endométrite, XXXV, 175, 201; XXXVI, 564, 565; le curage — en obstétrique, XXXV, 201; traitement de l'endométrite, XXXV, 546; traitement des suppurations d'origine — XXXVI, 564; traitement de l'endo-métrite par le chlorure de zinc, XXXVI, 565; syphilides de l'— XXXVI, 216; diagnostic de la pyosalpingite et de la périty-phlite, XXXV, 546; salpingite tuberculeuse, XXXV, 177; des salpingo — ovarites, XXXVI, 157; l'incision vaginale pour les tumeurs de la trompe, XXXV, 181; salpingite et castration, XXXV, 176; traitement des salpingites, XXXV, 177; laparotomie pour salpingite, XXXV, 546; varices des ligaments larges, XXXV, 174; le raccourcissement des ligaments ronds, XXXV, 178, 548; traitement des rétroversions — XXXV, 548, 550; traitement des prolapsus — XXXV, 548, 550; traitement de la rétroflexion et du prolapsus — XXXVI, 158, 159, 160; l'hystéropexie vaginale, XXXVI, 158, 159, 160; laparo-hystéropexie contre le prolapsus — XXXV, 179; hystéropexie abdominale antérieure, XXXVI, 562; le massage de l'— XXXVI, 162; la méthode de Thure Brandt, XXXVI, 162; des cysto-fibromes — XXXV, 182; étranglement de l'— par un fibrome, XXXV, 182; traitement des fibromes — XXXV, 182; hystérectomie dans les fibromes — XXXV, 182; castration pour fibromes — XXXV, 182;

laparotomie pour les fibromes — XXXVI, 567; extraction par les voies naturelles des fibromes — XXXVI, 568; traitement électrique des fibromes — XXXVI, 167, 567; cancer du col et noyaux cancéreux du fond, XXXV, 185; myocarcinome — XXXV, 52; mise à nu de l'— par division de la cloison recto-vaginale, XXXV, 551; l'ablation du cancer — XXXV, 185, 552; hystérectomie pour cancer — XXXV, 185; extirpation d'un cancer vagino — XXXVI, 168; cancer d'un — en prolapsus, XXXVI, 169. — R. B., XXXV, 394, 797; XXXVI, 396, 794.

V

Vaccine. Services de — XXXV, 109; — chez des nouveau-nés, XXXV, 109; — des nouveau-nés, XXXV, 571; de la purulence sur les — fères de la race bovine, XXXV, 110; — ulcéreuse, XXXVI, 104; fièvre — XXXVI, 105; — chimique, XXXV, 63; des causes qui modifient l'immunité naturelle, XXXV, 468; évolution des microbes chez les animaux — XXXV, 468; — antirabiques, XXXV, 477; XXXVI, 70; — contre la morve, XXXV, 72. — R. B., XXXV, 397, 799; XXXVI, 398, 797.

Vagin. Epithélium et glandes — XXXV, 19; kystes du — XXXVI, 563; abouchements anormaux de l'uretère dans le — XXXV, 180; transformations épithéliales de la muqueuse du — XXXV, 18; syphilis — XXXV, 587; opération des fistules urétro — XXXV, 181; valeur et indications de l'incision — pour l'ablation de tumeurs de l'ovaire et de la trompe, XXXV, 181; extirpation d'un cancer — utérin, XXXVI, 168. — R.B., XXXV, 397, 799; XXXVI, 399, 797.

Vaginisme. — guéri par les courants continus, XXXVI, 161.

Vaisseau. Etat des — de la base de l'encéphale, XXXV, 47; anastomoses des — ciliaires avec ceux du nerf optique et de la rétine, XXXV, 671; — utéro-placentaires, XXXVI, 14; rapports inverses du cœur et des — XXXVI, 436; action réciproque du cœur et des — XXXV, 426; des injections d'eau salée dans les — XXXV, 466; maladies des XXXV, 122. — R. B., XXXV, 398, 799.

Varice. — des ligaments larges, XXXV, 174; l'extirpation des — XXXV, 279. — R. B., XXXV, 398, 799; XXXVI, 399.

Varicelle. — gangreneuse, XXXV, 569; XXXVI, 583. — R.B., XXXV, 398, 799; XXXVI, 399.

Varicocèle. Satyriasis causé par un — XXXV, 239.

Variole. Classification de la — XXXVI, 558; la — hémorragique à Paris, XXXV, 173; la — intra-utérine, XXXV, 173; pseudo-sclérose en plaques suite de — XXXVI, 117; traitement de la — XXXV, 100; XXXVI, 94. — R. B., XXXV, 398, 799; XXXVI, 399, 798.

Vaso-moteur. Centres — réflexes dans les ganglions sympathiques, XXXV, 425; — de la muqueuse nasale, XXXVI, 449; — du rein, XXXVI, 450; étude des phénomènes — XXXV, 428; — de la tête, XXXV, 428.

Veine. — de l'avant-bras, XXXVI, 425; circulation — du membre inférieur, XXXV, 20; pouls — physiologique, XXXVI, 438; effets des injections intra- — d'urine, XXXV, 474; congestion — généralisée, XXXV, 530; formes de pouls — périphérique, XXXV, 531; pulsations de la — saphène, XXXV, 531; induration chronique des — XXXVI, 536; thrombose de la — cave inférieure, XXXVI, 536; thrombose — XXXV, 50; thrombose — dans la chlorose, XXXVI, 131; pied bot phlébitique, XXXVI, 664; entrée de l'air dans les — au cours d'une trachéotomie, XXXVI, 302; envahissement des — par un sarcome, XXXV, 51. — R. B., XXXV, 399, 799; XXXVI, 399, 798.

Venin. Le — de la salamandre, XXXV, 85; poissons — XXXV, 490. — R. B., XXXV, 399; XXXVI, 399.

Vératrum. Action du — viride, XXXV, 84.

Vergeture. Etude des — XXXVI, 197.

Verrue. Bacille de la — XXXVI, 196; des — XXXV, 579; traitement des — par l'électrolyse, XXXVI, 593.

Vertèbres. *Voy.* rachis.

Vertige. — laryngé, XXXV, 707; le — paralysant, XXXV, 171, 522.

Vessie. L'épithélium — XXXVI, 429; division cellulaire amitosique dans l'épithélium — de la salamandre, XXXV, 417; les centres cérébraux pour le mouvement de la — XXXV, 37; un cas d'hématurie, XXXV, 303; de la bactériurie, XXXV, 619; traité de cystoscopie, XXXV, 302; comparaison de la taille, de la lithotritie et de la litholapaxie, XXXV, 306; le lavage de la — après la ponction, XXXV, 620; de la taille avec résection du pubis, XXXV, 306; taille avec symphyséotomie, XXXV, 306; taille sus-pubienne, XXXV, 306; taille hypogastrique, XXXV, 306; déchirure du rectum dans la taille, XXXV, 306; kyste de la — XXXV, 306; procédé d'anus — XXXV, 306; blessures de la — dans la laparotomie, XXXV, 302, 303; XXXVI, 673; extirpation de la — et excision de la muqueuse — XXXV, 303; traitement de l'exstrophie — XXXVI, 673. — R. B., XXXV, 399, 800; XXXVI, 399, 798.

Viande. Conservation des — par le froid, XXXV, 119; influence du mode de préparation sur la digestibilité de la — XXXV, 435; virulence de la — des vaches tuberculeuses, XXXV, 470; effets de la fumée de tabac sur les — XXXVI, 105.

Vidanges. Les — de Leipsig, XXXVI, 107.

Vieillard. Dégénérescence du centre de la rétine chez les — XXXV, 675; psycho-

ses des — XXXV, 237; pneumonie des — XXXVI, 537; hémoptysie chez les — XXXVI, 538; albuminurie et néphrite des — XXXVI, 553. — R. B., XXXV, 400, 800; XXXVI, 400, 799.
Vin. Le plâtrage des — XXXVI, 106; l'acidification des — XXXVI, 106. — R. B., XXXVI, 400, 799.
Virus. R. B., XXXV, 800.
Vision. Sur l'orientation dans le champ de la vue, XXXVI, 37; effets de l'ablation du cerveau sur la — XXXVI, 29; sens des couleurs dans la — indirecte, XXXVI, 275; importance de la netteté des images rétiniennes pour la — binoculaire, XXXV, 659; — des épileptiques, XXXV, 230. — R.B., XXXV, 800; XXXVI, 799. — *Voy.* œil.
Vitré (Corps). Hygrométricité du — XXXV, 11; suppurations du — secondaires, XXXVI, 284; hémorragies du — XXXV, 687; infiltrations purulentes du — XXXV, 688. — R. B., XXXV, 400.
Vomissement. Des — incoercibles de la grossesse, XXXV, 555. — R. B., XXXV, 400, 800.
Vulve. Abouchements anormaux de l'uretère à la — XXXV, 180.

X

Xanthélasma. — et affection hépatique, XXXV, 214. — R.B., XXXV, 800; XXXVI, 400, 799.
Xérodermie. — pilaire, XXXV, 212; — pigmentosum, XXXV, 212. — R. B., XXXV, 400; XXXVI, 400, 800.

Z

Zinc. Action du — sur les reins, XXXVI, 78; traitement de l'endométrite par le chlorure de — XXXV, 546.
Zona. L'hérédité nerveuse dans la pathogénie du — XXXV, 140; origine infectieuse du — XXXV, 140; douleur rachidienne dans le — XXXVI, 588; — ophtalmique dans la pneumonie, XXXVI, 135; — gangreneux, XXXV, 207; — traumatique, XXXVI, 203; traitement du — XXXVI, 203. — R.B., XXXV, 400, 800; XXXVI, 800.

Paris. — Imp. Paul Dupont (Cl.) 185.12.90.

3gal.
206+